

TNO-rapport

PG/B&G 2004.075

Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie

Datum	Mei 2004
Auteur(s)	W.T.M. Ooijendijk A.T.H. van Hespen M.G. Pronk S.I. de Vries
Aantal pagina's	70
Aantal bijlagen	4
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Projectnummer	011.41296

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-hebbenden is toegestaan.

Auteurs:
W.T.M. Ooijendijk
A.T.H. van Hespen
M.G. Pronk
S.I. de Vries

Projectnummer
011.41296

Samenvatting en aanbevelingen

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voerde TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) in 2003 de evaluatie van 'proefprojecten directe toegankelijkheid fysiotherapie' (DTF) uit.

In deze samenvatting wordt ingegaan op de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

In totaal zijn ervaringen met DTF opgedaan op 9 proeflocaties met 89 fysiotherapeuten en 61 huisartsen. Het aantal ziekenfondspatiënten dat in 2003 gebruik heeft gemaakt van DTF en waarover informatie beschikbaar is bedraagt 1.416.

Samenwerking en communicatie

Bij het afstemmen van de kwaliteiten van huisartsen en fysiotherapeuten spelen samenwerking en communicatie een belangrijke rol.

In de proefprojecten was over het algemeen sprake van een goede samenwerking en communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten.

Aanbeveling

DTF stelt eisen aan de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Landelijk dienen daartoe op hoofdlijnen afspraken te worden gemaakt. Deze kunnen op lokaal niveau verder worden ingevuld.

Elektronische informatie-uitwisseling kan de samenwerking en communicatie in belangrijke mate faciliteren.

Voordelen in de ogen van de patiënt

De voordelen van DTF voor de toegankelijkheid zijn in de ogen van de patiënt: makkelijk (96%), snel (95%), kwaliteit (84%) en geen administratieve rompslomp (84%). Kortom voor veel patiënten geldt dat DTF door hen uitdrukkelijk wordt gewenst (89%). Naast evidence based ook preference based zorg. Daarnaast dient in de ogen van de patiënten ook de nodige keuzevrijheid te bestaan, zowel wat betreft de keuze uit fysiotherapeuten als de keuze om toch eventueel eerst naar de huisarts te gaan. DTF dient hierbij aan te sluiten. Invulling hiervan is mede afhankelijk van de voorwaarden die verzekeraars gaan stellen bij het maken van nadere afspraken in de contracten over DTF.

Aanbeveling

Bij de invulling van DTF dient te worden voorzien in voldoende keuzevrijheid voor de patiënt. Zowel wat betreft de te consulteren fysiotherapeut als de mogelijkheid eerst de huisarts te consulteren.

Voor de patiënten betekent DTF dat zij in een vroeg stadium een advies te krijgen van een specialist op het terrein van het bewegingsapparaat, i.c. de fysiotherapeut.

Over het algemeen zijn de patiënten zeer tevreden met de afhandeling van een probleem. Ook al betekent dat in een aantal gevallen niet dat de fysiotherapeut over gaat tot behandelen. Een advies is voor veel mensen in veel gevallen ook een adequate afhandeling. Uit de proefprojecten blijkt dat het belangrijk is de patiënten goed te informeren over hetgeen zij van de fysiotherapeut kunnen verwachten.

Aanbeveling

Patiënten dienen goed te worden geïnformeerd over de aard van de problemen waarmee de fysiotherapeut kan worden bezocht.

Patiëntenprofiel DTF

Het profiel van patiënten die gebruik maken van DTF vergeleken met ziekenfondspatiënten die zijn geregistreerd in het LIPZ (Wimmers et al., 2002):

geslacht: vergelijkbaar

leeftijd: jonger

opleiding: hoger

klachten: vergelijkbaar.

Ook ouderen en mensen met een lage opleiding maken echter gebruik van DTF.

Vanuit de pilot locaties wordt regelmatig opgemerkt dat juist particuliere patiënten veel belangstelling voor DTF hebben. Deze groep viel echter buiten het project.

Doeltreffendheid en doelmatigheid DTF

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat DTF in de ogen van de patiënten en fysiotherapeuten bijdraagt aan de doeltreffendheid van fysiotherapie. Dit zou onder meer tot uiting kunnen komen in een sneller herstel en hervatting van de dagelijkse activiteiten. Patiënten en fysiotherapeuten geven aan dit als zodanig te ervaren, een harde onderbouwing ervan zou echter vragen om nader onderzoek.

De vraag naar de **doelmatigheid** van DTF is in het project benaderd vanuit met name het aantal zittingen dat fysiotherapeuten per patiënt hebben uitgevoerd. Het gemiddeld aantal zittingen blijkt voor DTF patiënten 5,9 te zijn. Vergeleken met ziekenfondsverzekerden vanuit het LIPZ (gemiddeld 11,5) is dit aanzienlijk lager. Ook indien de patiënten die slechts één behandeling hebben gehad buiten beschouwing worden gelaten blijft het gemiddeld aantal zittingen relatief laag.

Het gemiddeld lage aantal zittingen is over de gehele linie zichtbaar en is niet te herleiden tot een andere samenstelling van het patiëntenbestand. Ook de aard van de klachten geeft geen verklaring voor het gemiddeld lage aantal zittingen. Een mogelijke verklaring vormt de ernst van de klachten, dit is echter moeilijk objectief vast te stellen. De fysiotherapeuten geven doorgaans aan doelmatiger te werken door DTF door bewuster om te gaan met het stellen van een indicatie, een fysiotherapeutische diagnose en het maken van het behandelplan.

Eén van de vragen bij DTF is de beheersbaarheid van de kosten voor de fysiotherapie. Uit de uitgevoerde pilot en de internationale literatuur blijkt dat DTF niet leidt tot een explosieve groei van de fysiotherapie.

Het percentage DTF patiënten blijkt gemiddeld over alle proeflocaties circa 10% te bedragen van het totaal aantal ziekenfondspatiënten.

DTF en werkdruk fysiotherapeut

Het gemiddeld aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van DTF bedraagt 15,9 per fysiotherapeut. In situaties waarin de communicatie met de patiënten door lokale situaties optimaal was (gezondheidscentra en gemeenten waarin alle fysiotherapeuten aan het project deelnamen) was het gemiddeld aantal op jaarbasis 30 patiënten DTF per fysiotherapeut. Dit is naar schatting 10% van het totaal aantal patiënten dat zich jaarlijks bij hen meldt en komt overeen met de internationale literatuur.

Dat wil echter niet zeggen dat dit aantal patiënten boven de reguliere vraag komt. Het merendeel van de patiënten dat is geïnterviewd geeft aan bij het ontbreken van DTF via de huisarts naar de fysiotherapeut te zijn gegaan. Bovendien blijkt uit de proefprojecten dat er geen grote toename van het aantal patiënten per praktijk heeft plaatsgevonden. Geconcludeerd kan worden dat DTF ten gevolge van een extra aantal patiënten een extra werkdruk van maximaal enkele procenten tot gevolg.

DTF en de inhoud van het werk van de fysiotherapeut

DTF heeft naast een kwantitatief effect eveneens een kwalitatief effect. De fysiotherapeut zal meer dan in het verleden aandacht moeten besteden aan het stellen van een goede indicatie. Daarbij dient rekening te worden gehouden met red flags (specifieke aandoeningen, pathologie) en yellow flags (psycho-sociale factoren). Deze activiteiten vragen extra aandacht en kunnen extra werkdruk genereren. Ook samenwerking met de huisarts vraagt systematisch aandacht, waarbij wederzijdse informatievoorziening essentieel is.

DTF en werkdruk huisartsen

Een vermindering van de werkdruk wordt slechts door 20% van de huisartsen genoemd. Hoewel kwantitatief is vast te stellen dat de betrokken huisartsen een aantal patiënten minder heeft gezien, komt dat in de dagelijkse praktijk van de huisartsen nauwelijks tot uiting. Op basis van aannamen over het aantal patiëntencontacten dat door DTF wordt bespaard, wordt geschat dat de huisarts een tijdswinst heeft van 8-10 uur per jaar indien patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat zich direct wenden tot een fysiotherapeut.

Praktijkvorm en vormgeving DTF

Voor DTF is niet zozeer de praktijkvorm doorslaggevend, maar de samenwerking en communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut. Praktijkvormen die dergelijke samenwerking faciliteren zijn daarbij in het voordeel.

DTF vraagt geen bijzondere praktijkorganisatie. In de praktijk blijkt een afsprakenpreekuur het meest adequaat te werken waarbij de fysiotherapeuten goed telefonisch bereikbaar dienen te zijn voor het maken van een afspraak. Uit de patiëntenenquête blijkt dat 98% van de patiënten tevreden is over de bereikbaarheid van de fysiotherapeut en dat 90% van de patiënten binnen een week terecht kon. Uit deze cijfers kan worden geconcludeerd dat DTF in de ogen van de patiënt adequaat was georganiseerd.

Inhoud DTF

De inhoud van het product DTF is sterk afhankelijk van de complexiteit van het probleem en de bekendheid van de patiënt/klacht.

Aanbeveling:

Bij het product DTF de volgende differentiatie-mogelijkheden te onderscheiden:

- a. **Indicatiestelling + advies + administratieve afhandeling**
- b. **Indicatiestelling + fysiotherapeutische diagnose + advies + administratieve afhandeling**
- c. **Indicatiestelling + fysiotherapeutische diagnose + advies + behandeling + administratieve afhandeling (bij recidiverende of relatief eenvoudige klachten)**

Op enkele proeflocaties is door de fysiotherapeuten een gezondheidsvragenlijst ontwikkeld als hulpinstrument om systematisch de hulpvraag en het risico op fysieke of psychosociale contra indicaties van de patiënten in kaart te brengen.

Aanbeveling:

Ontwikkeling van een richtlijn 'gezondheidsvragenlijst' die de fysiotherapeut kan helpen bij het signaleren van fysieke en psychosociale contra indicaties voor fysiotherapeutische behandeling.

Kwaliteitseisen fysiotherapeuten DTF

Hoewel werkervaring vanuit de deelnemende proefprojecten als belangrijk naar voren wordt gebracht, is dit aspect in het operationaliseren van de kwaliteitseisen nauwelijks haalbaar. In nascholing en initiële opleidingen fysiotherapie dient aan de competenties waarop DTF een beroep doet zowel in theorie als praktijk (stage) voldoende aandacht te worden geschonken.

Aanbeveling

Voor DTF fysiotherapeuten in aanmerking te laten komen die ten minste voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

- volgen van een cursus/scholing DTF;
- registratie in het centraal kwaliteitsregister van het KNGF.

Aanbeveling

Het aspect DTF op te nemen in de initiële opleiding voor fysiotherapie. Voor in de toekomst afstuderende fysiotherapeuten vervalt daarmee uiteraard de verplichting tot het volgen van een cursus DTF.

Naast de hier genoemde kwaliteitscriteria is het mogelijk dat verzekeraars aanvullende criteria hanteren bij het maken van afspraken in het contract of polisvoorwaarden. Vanuit verzekeraars is naar voren gebracht dat zij overwegen een gedifferentieerd beleid te hanteren ten aanzien van het contracteren van DTF.

Slotconclusie

DTF leidt tot een ontwikkeling en verdieping van fysiotherapie en voorziet in de behoefte van patiënten zelf te kunnen beslissen aan welke behandeling zij de voorkeur geven.

Aanbeveling

Te anticiperen op de vermoedelijke start van DTF op 1 januari 2006 (gekoppeld aan de invoering van het nieuwe zorgstelsel).

Aanbeveling

Het realiseren van een monitorsysteem DTF Exper (experimenten en ervaringen) om de ontwikkelingen in de komende 1,5 jaar systematisch in beeld te brengen en hiermee de implementatie van DTF nader voor te bereiden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Achtergrond informatie.....	9
1.2	Doel proefprojecten directe toegankelijkheid fysiotherapie.....	9
1.3	RE-AIM model	9
1.4	Aanscherping vraagstelling	11
1.5	Opzet eindrapportage	11
2	Nationale en internationale literatuur.....	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Definitie DTF	13
2.3	Verenigde Staten	13
2.3.1	Geschiedenis	13
2.3.2	Toekomst.....	14
2.4	Australië	14
2.5	Groot-Brittannië	14
2.6	Nederland	15
2.7	Aandachtspunten DTF	15
2.7.1	Pathologie.....	15
2.7.2	Kosten	15
2.8	Conclusies	16
3	Procesbeschrijving proefprojecten DTF	19
3.1	Inleiding	19
3.2	De start van het project	19
3.3	Werving en selectie locaties.....	19
3.4	Start van de proeflocaties	21
3.5	Ontwikkeling materialen	22
3.6	Contacten zorgverzekeraars	22
3.7	Beroepsaansprakelijkheid	23
3.8	Wet BIG	23
3.9	Contacten CVZ, KNGF en Kamer Fysiotherapie AGU	23
3.10	Patiëntencategorieën	23
3.11	Het aantal patiënten per locatie	24
3.12	Praktijkorganisatie per locatie	25
3.12.1	Almere.....	25
3.12.2	Goes	26
3.12.3	Haarlem.....	26
3.12.4	Hengelo	26
3.12.5	Holten.....	27
3.12.6	Hoofddorp	27
3.12.7	Leek.....	27
3.12.8	Utrecht AI	28
3.12.9	Utrecht L	28
3.13	Conclusies	28
4	Resultaten van de registratie.....	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Profiel van de gebruikers van directe toegankelijkheid	30
4.3	Klachten; gezondheidsproblemen	31

4.4	Ontstaan en bestaansduur van de klachten	33
4.5	Aantal zittingen	34
4.6	Behandeldoelen	35
4.7	Verrichtingen	37
4.8	Gebruik richtlijnen	37
4.9	Einde behandeling	37
4.10	Conclusies	38
5	Ervaringen van de patiënten	39
5.1	Inleiding	39
5.2	Vervolgbehandeling na eerste zitting	39
5.3	Bekendheid directe toegankelijkheid	40
5.4	Bereikbaarheid / toegankelijkheid fysiotherapie	40
5.5	Keuzevrijheid van de patiënten	41
5.6	Tevredenheid van de patiënt over het vervolg na eerste contact	42
5.7	Doelmatigheid en doeltreffendheid DTF	43
5.8	Bejegening en tevredenheid	43
5.9	Conclusies	45
6	Ervaring van fysiotherapeuten en huisartsen	47
6.1	Inleiding	47
6.2	Motivatie, verwachtingen bij aanvang van de pilot	47
6.2.1	Fysiotherapeuten	47
6.2.2	Huisartsen	47
6.3	Samenwerking fysiotherapeuten - huisartsen	48
6.4	Vakinhoudelijk	49
6.5	Doeltreffendheid	50
6.6	Doelmatigheid	50
6.7	Patiënteninformatie	51
6.8	Organisatie van DTF	51
6.9	Indicatie fysiotherapie	52
6.10	Patiëntencategorieën	53
6.11	Toekomstperspectief	53
6.12	Conclusies	54
7	Slotconclusies en aanbevelingen	57
7.1	Inleiding	57
7.2	Bijdrage DTF afstemmen kwaliteiten huisarts en fysiotherapeut	57
7.3	Voor- en nadelen DTF voor de organisatie van de eerste lijn	58
7.4	Hoe ervaart de patiënt DTF	60
7.5	Vragen voortkomend uit het RE-AIM model	61
7.6	Beantwoording aanvullende vragen CVZ	63
8	Literatuur	69
	Bijlage(n)	
	A Profielen proeflocaties	
	B Begeleidingscommissie	
	C Samenvatting scholing DTF	
	D Documenten en formulieren DTF	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond informatie

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie 'pilot directe toegankelijkheid fysiotherapie'. Eind mei 2002 zijn de resultaten van de haalbaarheidsstudie voorgelegd aan een door het CVZ ingestelde begeleidingscommissie (Ooijendijk et al., 2002). Op basis daarvan is besloten feitelijke ervaringen op te doen met directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) middels een aantal proefprojecten.

Waarom directe toegankelijkheid tot de fysiotherapie in de eerste lijn?

Gestimuleerd door wetenschappelijke ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft de vrijgevestigde fysiotherapeut zich binnen de eerstelijnszorg in korte tijd ontwikkeld tot dé specialist voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Hoewel zijn kennis en deskundigheid op een aantal terreinen dat van de huisarts overstijgt, is de fysiotherapeut alleen op een deugdelijk gemotiveerde verwijzing door de huisarts toegankelijk. Verwacht wordt dat door de realisatie van een directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut in de eerste lijn 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.

1.2 Doel proefprojecten directe toegankelijkheid fysiotherapie

De proefprojecten DTF zullen antwoord moeten geven op onder meer de volgende vragen:

1. Welke bijdragen worden met een directe toegankelijkheid van fysiotherapie geleverd aan het beter op elkaar afstemmen van de kwaliteiten van de huisarts en de fysiotherapeut?
2. Wat zijn de voor- en nadelen die uit de directe toegankelijkheid voortvloeien voor de organisatie van de eerste lijn vanuit het oogpunt van:
 - de toegankelijkheid tot de benodigde zorg;
 - de doeltreffendheid van de fysiotherapeutische zorg;
 - de financiering en verzekering van de zorg, en
 - de doelmatigheid, de continuïteit en de samenhang van de zorg?
3. Hoe ervaart de patiënt de mogelijkheid om zonder verwijzing de fysiotherapeut te kunnen bezoeken?

De proefprojecten vormen bouwstenen voor het verkrijgen van inzicht in de verdere integratie van de eerste lijn. Ervaringen op het terrein van de fysiotherapie zullen eventueel worden overgedragen naar de overige disciplines in de eerste lijn.

1.3 RE-AIM model

De proefprojecten DTF worden mede geëvalueerd aan de hand van het zogenaamde RE-AIM model (Glasgow et al., 1999) dat door TNO Preventie en Gezondheid bij implementatie van innovaties vaker wordt toegepast. Het RE-AIM framework beschrijft

hoe interventies het best kunnen worden geëvalueerd. De impact op de volksgezondheid vormt daarbij één van de aspecten.

Reach (Bereik)

Proportie van de doelpopulatie die gebruik maakt van de mogelijkheid tot directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut en het profiel van deze gebruikers. Cijfers van de proefprojecten zullen worden vergeleken met zowel cijfers uit voorgaande jaren als met algemene ontwikkelingen wat betreft het gebruik van fysiotherapie.

Efficacy (Effectiviteit)

Op het niveau van de patiënten: welke positieve effecten hebben de gebruikers van DTF ervaren, heeft het een adequate behandeling bespoedigd, hoe snel kon men terecht, hoe tevreden zijn de patiënten? Hoeveel patiënten ervoeren negatieve effecten? Hoeveel patiënten zijn toch terugverwezen naar de huisarts? Hoeveel mensen in de praktijken zijn op de hoogte van de mogelijkheid om direct naar de fysiotherapeut te kunnen? Heeft men overwogen om daar gebruik van te maken? Wat zijn de redenen om dat wel of niet te doen?

Op het niveau van de hulpverleners: hoe tevreden zijn de huisartsen en fysiotherapeuten met de DTF? Wat zijn de belangrijkste ervaren voor- en nadelen? Worden de protocollen en cursussen als voldoende ervaren? Welke suggesties heeft men voor verbetering van DTF?

Op het niveau van de zorgverzekeraars: welke effecten heeft DTF op de medische consumptie? Treden er substitutie-effecten op met andere zorg? Wat zijn de financiële consequenties van DTF?

Adoption (Adoptie)

Representativiteit van de proefprojecten en de identificatie van mogelijke drempels om DTF in andere praktijksituaties in te voeren. Hebben de patiënten de mogelijkheden die zijn geboden voor directe toegankelijkheid adequaat benut? Zijn er vormen van 'oneigenlijk' gebruik gesignaleerd? Hoe is daarmee omgegaan? Zijn de hulpverleners adequaat omgegaan met DTF?

Implementation (Implementatie)

Hebben alle hulpverleners in de proefprojecten meegewerkt? Wat waren mogelijke redenen om niet of slechts ten dele aan de proefprojecten mee te werken? Wat kan hiervan worden geleerd voor een eventuele grootschalige implementatie?

Maintenance (Handhaving)

Wat zijn de consequenties voor het functioneren van de eerste lijn op de langere termijn bij continuering van DTF?

Gegevens die in het kader van het proefproject zijn/worden vastgelegd om de vragen die voortkomen uit de gepresenteerde modellen en de vragen van CVZ te kunnen beantwoorden zijn:

- Informatie over alle patiënten die de fysiotherapeuten zonder verwijzing hebben bezocht. Het betreft zowel een registratieformulier, als een intakeverslag voor de huisarts en een eindverslag voor de huisarts.
- Ontwikkelingen in het fysiotherapiebezoek in de proefprojecten, vergeleken met landelijke ontwikkelingen (informatie van deelnemende praktijken en ziektekostenverzekeraars).
- Tevredenheids onderzoek bij de patiënten die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid van DTF (die daarvoor toestemming hebben gegeven).
- Verslagen van bijeenkomsten met huisartsen, fysiotherapeuten en TNO op de diverse proeflocaties voorafgaand aan en gedurende het pilot jaar.

- Enquête/eind interviews met meewerkende huisartsen.
- Enquête/eind interviews met meewerkende fysiotherapeuten.
- Interviews met ziektekostenverzekeraars.

1.4 Aanscherping vraagstelling

Met CVZ heeft in de loop van het project nader overleg plaatsgevonden over de vraagstelling en het voor de evaluatie van het project te hanteren toetsingskader.

Op basis van dit overleg zijn de volgende vraag- en aandachtspunten naar voren gekomen:

- Doelmatigheid en doeltreffendheid zullen met name worden belicht vanuit de literatuur, voor beantwoording van dergelijke vragen zou een clinical trial noodzakelijk zijn geweest. De huidige evaluatie heeft echter het karakter van een procesevaluatie.
- Wat is het belang van DTF voor de patiënten?
- Welke patiënten maken gebruik van DTF?
- Wat is het gevolg van DTF voor de werkdruk van de fysiotherapeut?
- Wat is de mening van de huisartsen en fysiotherapeuten die aan het project hebben meegewerkt over DTF?
- Is de praktijkvorm van invloed op DTF?
- Hoe geven fysiotherapeuten vorm aan DTF?
- Wat is een adequate invulling van DTF zowel qua tijdsbesteding als qua inhoud?

Op deze vragen wordt in de rapportage teruggekomen en zal in de eindconclusies expliciet worden ingegaan.

1.5 Opzet eindrapportage

In hoofdstuk 2 van het rapport wordt ingegaan op beschikbare informatie vanuit de nationale en internationale literatuur, in hoofdstuk 3 wordt een procesbeschrijving van het project DTF gepresenteerd. In hoofdstuk 4 worden de resultaten in kaart gebracht vanuit de registratieformulieren. Hoofdstuk 5 behandelt de ervaringen van de patiënten en hoofdstuk 6 de ervaringen en meningen van de deelnemende fysiotherapeuten en huisartsen. In hoofdstuk 7 worden de slotconclusies geformuleerd.

In bijlage A 'Profielen' van de rapportage wordt per locatie de voortgang van het project geschetst. De resultaten vanuit deze locale profielen zijn eveneens verwerkt in de algemene rapportage. In bijlage B wordt de samenstelling van de begeleidingscommissie weergegeven. Bijlage C bevat de samenvatting over de door de fysiotherapeuten gevolgde cursus. Bijlage D bevat relevante documenten en formulieren die in het project zijn gebruikt.

2 Nationale en internationale literatuur

2.1 Inleiding

Literatuur op het gebied van directe toegankelijkheid voor de fysiotherapeut vindt men slechts in een aantal landen, voornamelijk: de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. Daarnaast is bekend dat onderzoek op het gebied van directe toegankelijkheid loopt in onder andere Schotland en Noorwegen. Voorafgaand aan de pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie werden er diverse voor- en nadelen genoemd met betrekking tot de directe toegankelijkheid. Met behulp van de gevonden (inter)nationale literatuur is gekeken hoe de stand van zaken is in andere landen en in hoeverre er wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor de genoemde voor- en nadelen.

2.2 Definitie DTF

In de gevonden (inter)nationale literatuur vindt men allerlei definities voor het begrip ‘directe toegankelijkheid’ van de fysiotherapeut. Men ziet o.a. de begrippen: open toegankelijkheid, vrije toegankelijkheid, zelfverwijzing en consultant toegang. In de verschillende landen wordt hierbij een andere uitleg gegeven aan de inhoud van het begrip. Soms bedoelt men dat de patiënt direct terecht kan bij de fysiotherapeut in de eerstelijnszorg. Dan weer kan de patiënt alleen zonder verwijzing direct naar een gezondheidsinstelling of ziekenhuis. Tot slot wordt soms met directe toegankelijkheid alleen de mogelijkheid aangeduid van de patiënt om binnen een zorginstelling zonder verwijzing van een tussenpersoon/consulent naar de fysiotherapeut te gaan.

In november 2000 heeft de American Physical Therapy Association (APTA) de volgende definitie gesteld voor ‘Directe Toegang’: Directe toegang tot fysiotherapie wordt gedefinieerd als ‘het recht (als patiënt) een onderzoek, evaluatie en behandeling te vragen en ontvangen van een fysiotherapeut zonder de noodzaak van een medische verwijzing (APTA, 2000).

2.3 Verenigde Staten

2.3.1 Geschiedenis

In 1957 werd directe toegankelijkheid voor het eerst ingevoerd in de staat Nebraska. Pas in 1968 volgde de staat California en eind jaren zeventig werd de wetgeving in meer staten veranderd. Dit kwam mede doordat men vond dat de educatie en opleiding voor fysiotherapeuten hierop aangepast moest worden (Rose, 1988). In 2002 bedroeg het totale aantal staten met directe toegankelijkheid fysiotherapie 35. Wel mocht de fysiotherapeut in 48 staten ook zonder verwijzing een intake doen met een onderzoek, maar werd nog in sommige gevallen voor de behandeling een verwijsbriefje gevraagd. Nu zijn er slechts twee staten over waarin geen vorm van directe toegankelijkheid is (Massey, 2002).

Het is overigens wel per staat verschillend wat precies de regels en eisen zijn met betrekking tot de directe toegankelijkheid voor fysiotherapeuten.

2.3.2 Toekomst

In 2000 is door de APTA een plan (roadmap 'Vision 2020') opgezet om tot een goede implementatie van directe toegankelijkheid in de Verenigde Staten te komen in alle 50 staten.

Directe toegankelijkheid moet worden bereikt in 2020 door (Massey, 2002):

1. Het wettelijk vastleggen en goedkeuren van DTF per staat;
2. De goedkeuring van derde partijen (verzekeraars).

2.4 Australië

In Australië werd slechts heel kort gediscussieerd over de voor- en nadelen van directe toegankelijkheid. Al snel bleek dat er landelijke support was voor invoering van de directe toegankelijkheid. In een artikel van Galley (1977) wordt duidelijk gemaakt hoe in 1977 de directe toegang voor fysiotherapeuten veranderde. Vanaf dat jaar was het niet meer verplicht om een verwijfsbriefje te hebben voor aanvang van de behandeling, maar men werd wel geacht zeer zorgvuldig en adequate zorg te verlenen. Hierbij was het van belang dat men streefde naar een goede communicatie met de (huis)artsen, een goede ontwikkeling van de kennis en een juiste inschatting van eigen vaardigheden en competenties. Kortom, vanaf dat jaar kon de fysiotherapie zelfstandig functioneren.

2.5 Groot-Brittannië

Sinds 1978 mogen de fysiotherapeuten in Groot-Brittannië zelf beslissingen nemen over de therapievorm en de behandelduur van de patiënt. Zij werden vanaf dit jaar professioneel autonoom verklaard. In navolgende jaren werd op diverse plaatsen in het land gekeken naar de mogelijkheden voor huisartsen om patiënten direct naar de fysiotherapeut te verwijzen in de tweedelijnszorg. Dit noemde men 'vrije toegang'. Echter het is binnen de National Health Service (NHS) nog niet wettelijk toegestaan om zonder verwijzing van de arts naar de fysiotherapeut te gaan

In navolging van onderzoeken op het gebied van vrije toegang is door Holdsworth en Webster (2003) een studie uitgevoerd om te toetsen of directe toegankelijkheid mogelijk was in één eerstelijnspraktijk in Engeland binnen de National Health Service (NHS). Uit de resultaten bleek dat DTF goed in te voeren was. Zowel gebruikers als uitvoerders waren positief. De auteurs concludeerden dat verder onderzoek in meerdere praktijken, verspreid over het land gewenst zou zijn. Daarom wordt er momenteel een onderzoek uitgevoerd in een groot deel van Schotland (Holdsworth en Webster, in voorbereiding). Hierbij worden soortgelijke gegevens verzameld als in de huidige pilot. Belangrijke verschillen betreffen het gebruik van een 'controlegroep' en de enorm grote variatie en hoeveelheid aan meewerkende proeflocaties. Binnenkort zullen de data van dit onderzoek gepubliceerd worden.

In twee artikelen uit 'Frontline' van 2003 wordt ingegaan op de huidige stand van zaken in Engeland met betrekking tot directe toegankelijkheid. In een enquête onder 2465 willekeurige mensen blijkt dat 88% van de ondervraagden gebruik zou maken van directe toegankelijkheid bij klachten aan rug of bewegingsapparaat of bij sportblessures. Zodoende lijkt er veel steun te zijn voor DTF onder de bevolking (Frontline 2003-1). Ook is uit onderzoek gebleken dat door directe toegankelijkheid niet een extra groot aantal patiënten naar de fysiotherapeut zou komen, wat eerder voor menig fysiotherapeut een grote angst was. Tevens bleek ook dat voor de huisartsen de werkdruk omlaag ging en dat de patiënten zeer tevreden waren over de kortere

wachttijden. Een echte ‘win-win-situatie’, zoals in het tweede artikel uit ‘Frontline’ wordt aangegeven (Blackledge, 2003).

2.6 **Nederland**

Naar aanleiding van de discussies over een vernieuwing van de eerstelijns zorg staat sinds enige jaren ook in Nederland DTF vol in de belangstelling. Gekeken wordt naar mogelijkheden om op efficiëntere wijze de eerstelijnszorg aan te bieden waarbij de patiënt zo snel mogelijk de benodigde zorg krijgt en kwaliteiten van huisarts en fysiotherapeut beter op elkaar afgestemd worden. Fysiotherapeuten zijn op zoek naar meer erkenning van hun vak en professionaliteit. Zodoende is besloten om na het uitvoeren van een haalbaarheidsstudie de huidige pilot uit te voeren, die in Nederland de eerste is op het gebied van DTF. Al tijdens de haalbaarheidsstudie, die voorafging, werd er door diverse personen en instanties gediscussieerd over de voor- en nadelen van DTF.

2.7 **Aandachtspunten DTF**

2.7.1 *Pathologie*

Als een van de mogelijke nadelen van DTF werd genoemd dat de fysiotherapeut niet genoeg kennis zou hebben van de interne pathologie. Hierdoor vroeg men zich af of de fysiotherapeut in staat zou zijn ernstige pathologie te signaleren.

In de literatuur is hier geen eenduidig antwoord op te vinden. Slechts in één artikel (Moore, 2001) is de auteur hierop ingegaan. Hij probeerde een aantal tegenargumenten voor DTF te ontkrachten. Als antwoord op de stelling ‘Directe toegankelijkheid zal de gezondheid en veiligheid van patiënten in gevaar brengen’ zei hij dat dit niet het geval is. Hij baseerde zijn mening op gegevens (die overigens niet verder worden gespecificeerd) van communicatie tussen de APTA en bedrijven die aansprakelijkheidsrechtzaken tegen fysiotherapeuten behandelen. Hieruit zou blijken dat in de staten waar fysiotherapeuten direct toegankelijk zijn er niet meer fysiotherapeuten aangeklaagd worden door patiënten dan in staten waar fysiotherapeuten alleen op verwijzing werken.

Wel werd in een Amerikaans artikel van Durant uit 1989 een citaat weergegeven van de APTA, waarin stond dat de fysiotherapeuten goed opgeleid zijn om aandoeningen te herkennen die buiten het vakgebied van de fysiotherapeut vallen waarbij zij ook weten wanneer zij deze patiënten door moeten verwijzen naar de juiste behandelaars (Durant, 1989). Hieruit valt op te maken dat in de Verenigde Staten deze discussie ook heeft gespeeld, en dat men van mening is dat de fysiotherapeut bekwaam genoeg is om de juiste beslissingen te nemen.

Al met al zijn er in de literatuur geen duidelijke bewijzen te vinden dat de fysiotherapeut door de directe toegankelijkheid een grotere kans loopt ernstige pathologieën te missen. Ook het tegendeel blijft echter onbewezen.

2.7.2 *Kosten*

Een tweede nadeel van DTF zou kunnen zijn dat de kosten van de eerstelijnszorg stijgen, omdat het aantal patiënten dat gebruik maakt van fysiotherapie zal stijgen en de behandelduur mogelijk langer zou worden.

Mitchell en Lissovoy (1997) gingen in hun artikel uitgebreid in op dit onderwerp. Zij gebruikten voor hun studie data van een ziekenhuis in Maryland over de periode 1989 tot 1993. Hierbij werden 606 behandelseries onderzocht die waren onderverdeeld in een groep mét en een groep zonder verwijzing. Zij concludeerden dat de behandelseries bij patiënten met verwijzing korter waren (zonder verwijzing gemiddeld 7,6 behandelingen en met verwijzing 12,2) en daardoor ook goedkoper. Als mogelijke redenen hiervoor werden aangedragen:

- de patiënten die gebruik maakten van DTF hebben minder ernstige klachten;
- de huisartsen schrijven normaal te veel behandelingen fysiotherapie voor;
- de fysiotherapeuten geven te weinig behandelingen in geval van DTF.

In een andere studie (Crout et al. 1998) is onderzocht of er verschillen bestaan in de behandelwijze en meningen van fysiotherapeuten in twee verschillende staten in Amerika. In Massachusetts konden de patiënten zonder verwijzing naar de fysiotherapeut komen. In Connecticut hadden de patiënten wel een verwijfsbriefje nodig. Aan de hand van vragenlijsten bleek dat de fysiotherapeuten in beide staten zeer positief waren over DTF. Tevens bleek dat de patiënt niet altijd gebruik maakte van directe toegankelijkheid, omdat men niet in alle gevallen een vergoeding kreeg van de verzekeringsmaatschappij. Tot slot bleek alleen uit een verwijzing naar het artikel van Mitchell (Mitchell en Lissovoy, 1997) dat de DTF niet leidt tot een verhoging van het aantal kosten. Zij baseren deze mening op gegevens van verzekeringsmaatschappijen, die aangeven dat zij niet meer claims voor vergoeding hebben gekregen als gevolg van DTF.

In het Schotse onderzoek van Holdsworth en Webster kregen 71,6% van de DTF patiënten en 59,2% van de patiënten met verwijzing minder dan vier behandelingen (Holdsworth en Webster, 2003).

Het aantal behandelingen bij DTF patiënten varieerde van 1-8 en bij de patiënten met verwijzing was dit 1-19 behandelingen. Ook hier dus weer minder behandelingen per patiënt in geval van directe toegankelijkheid.

Tot slot wordt nog ingegaan op de voor de pilot aanwezige angst dat er grote aantallen patiënten zouden komen als gevolg van DTF. In verschillende landen zijn er studies gevonden die deze aantallen weergeven in relatie tot het totale patiëntenbestand. Hierbij worden percentages aangegeven van 8,8% (Crout et al.1998) tot 10,3% (Domholdt en DurchHolz, 1992). In het onderzoek van Holdsworth en Webster (2003) nam het aantal patiënten in de deelnemende praktijk tijdens het onderzoeksjaar niet toe in vergelijking met het jaar ervoor.

Op basis van deze gegevens lijkt DTF vooralsnog niet te leiden tot een grote extra toeloop van patiënten.

2.8 Conclusies

Er zijn nog niet veel publicaties beschikbaar op het gebied van directe toegankelijkheid. De publicaties die er zijn komen met name uit de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. Op beperkte schaal kan naar aanleiding van de publicaties iets gezegd worden over de mogelijke nadelen van DTF.

Wat betreft het mogelijk missen van ernstige pathologie door fysiotherapeuten zijn er in de literatuur geen duidelijke bewijzen te vinden dat de kans groter is door de directe toegankelijkheid. Ook het tegendeel blijft echter onbewezen.

In geen van de buitenlandse studies stijgen de kosten door DTF. Het gemiddelde aantal behandelingen per patiënt DTF is lager dan bij patiënten met verwijzing, het totaal

aantal patiënten neemt niet toe en het aandeel DTF is over het algemeen niet groter dan 10% van het totaal aantal patiënten.

Hierbij moet natuurlijk nadrukkelijk de kanttekening gemaakt worden dat deze resultaten niet direct op de Nederlandse situatie toepasbaar zijn aangezien de wijze van zorgverzekering per land verschilt.

3 Procesbeschrijving proefprojecten DTF

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal een schets worden gegeven van de gang van zaken in de proefprojecten directe toegankelijkheid. Naast een aantal algemene zaken zal worden ingegaan op de organisatie en ontwikkelingen bij de proeflocaties zoals deze zijn weergegeven in de bijlagen waarin de profielschetsen van elke locatie zijn opgenomen. Bij de opstelling van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van verslagen van gesprekken en vergaderingen. In hoofdstuk zes wordt systematisch ingegaan op de ervaringen van fysiotherapeuten en huisartsen.

3.2 De start van het project

Op 1 september 2002 is gestart met de voorbereiding van de proefprojecten directe toegankelijkheid fysiotherapie. De feitelijke start van de proefprojecten was gepland voor 1 januari 2003. De voorbereidingstijd bleek hiervoor echter te kort.

De feitelijke startdata zijn:	4 locaties	1 februari 2003
	3 locaties	1 maart 2003
	1 locatie	half maart 2003
	1 locatie	half april 2003

Op verzoek van CVZ is een interim-rapportage opgesteld halverwege het pilot jaar om de voorlopige resultaten in kaart te brengen. (Ooijendijk et.al. 2003) Conform het projectvoorstel zijn de proefprojecten per 31-12-03 op alle locaties afgesloten, waarna een eindrapportage is opgesteld.

Tijdens de voorbereidingsfase zijn de volgende activiteiten uitgevoerd, welke achtereenvolgens zullen worden belicht:

- werving en selectie locaties;
- startbezoeken locaties;
- ontwikkeling van materialen zoals registratieformulieren, voorlichtingsmaterialen e.d.;
- contact opnemen met zorgverzekeraars over mogelijkheden voor het aanleveren van informatie;
- nagaan van eventuele consequenties voor de beroepsaansprakelijkheid;
- overleg over de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG);
- onderhouden van contacten met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Kamer Fysiotherapie Academie Gezondheidszorg Utrecht (Kamer Fysiotherapie AGU) onder meer over de te verzorgen bijscholing;
- onderhouden van contacten met CVZ.

3.3 Werving en selectie locaties

Bij werving en selectie van proeflocaties is rekening gehouden met verdeling over (groot)stedelijke gebieden en platteland. Tevens is getracht verschillende organisatiestructuren en patiënten populaties te vertegenwoordigen op de diverse locaties. Tijdens de haalbaarheidsstudie (Ooijendijk et al., 2002) werden via het KNGF en regioverenigingen van het KNGF, Landelijke en Districts Huisartsen Verenigingen

(LHV en DHV's) en zorgverzekeraars werden verschillende proeflocaties naar voren geschoven. Uiteindelijk werden hieruit negen locaties geselecteerd rekening houdend met bovenstaande factoren. Oorspronkelijk was de planning om op acht proeflocaties te starten.

De proeflocaties zijn niet geselecteerd omdat er a priori een positieve houding bestond tegenover DTF, ook locaties waarin een zekere scepsis (met name van de kant van de huisartsen) t.a.v. DTF aanwezig was, maken deel uit van de proeflocaties.

In tabel 3.1 worden de proeflocaties weergegeven die deel hebben genomen aan het project.

Tabel 3.1 Locaties en fysiotherapiepraktijken die hebben deelgenomen aan de pilot (alfabetisch naar plaatsnaam)

Locatie en Fysiotherapiepraktijken*	Aangeduid met
Almere: Gezondheidscentrum Archipel	Almere
Goes: Fysiotherapeuten maatschap Platier-de Plagter 'De Pijlers'	Goes
Haarlem: Paramedisch centrum Leo Verton en Paramedisch centrum Schalkwijk	Haarlem
Hengelo: 'fysiotherapieboulevard'; Praktijk voor Fysiotherapie Groot Driene, Fysiotherapie Maatschap Bruggeman CS, Praktijk Fysiotherapie Boersma CS, Fysiotherapie Centrum Temmingh en Tip	Hengelo
Holten: Fysiotherapie Maatschap Holten e.o.	Holten
Hoofddorp: Gezondheidscentrum Overbos en gezondheidscentrum Floriande	Hoofddorp
Leek: Therapeuticum Oldenoort, Fysiotherapeutisch centrum, Praktijk voor fysiotherapie R. Ames, De Praktijk, Praktijk voor fysiotherapie J. Annema	Leek
Utrecht: Adphys Fysiotherapiecentrum Lombok	Utrecht L
Utrecht: Stichting Academie Instituut, Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool van Utrecht	Utrecht AI

* In de profielen in de bijlagen worden ook de betrokken huisartsenpraktijken vermeld

De wijze waarop deze locaties betrokken raakten bij het project zijn:

- *Utrecht AI, nam het 1e initiatief voor het project gezamenlijk met KNGF en ANOVA en is dus vanzelfsprekend deelnemer.*
- *Utrecht L is aanbevolen door regiomanager KNGF Midden Nederland.*
- *Goes is als mogelijkheid geopperd door de directeur van de DHV Zeeland.*
- *Hengelo is aanbevolen door de regiomanager KNGF Oost Nederland.*
- *Archipel meldde zich aan nadat Gezondheidscentrum Filmwijk afzag van medewerking. De werving van gezondheidscentrum Archipel is uitgevoerd met tussenkomst van de koepel van gezondheidscentra in Almere. Vanuit deze koepelorganisatie werd deelname aan het project op prijs gesteld.*
- *Holten is aanbevolen door zorgverzekeraar Salland. Salland werd door CVZ als geïnteresseerd in de pilot aangemeld.*
- *Haarlem is als mogelijkheid geopperd door de KNGF als alternatief voor de afzegging van een andere locatie.*
- *Hoofddorp is aanbevolen door zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.*
- *Leek is aanbevolen door zorgverzekeraar Geové RZG nadat twee andere locaties in Groningen afzagen van medewerking.*

Problemen die zich in wisselende mate voordeden bij de deelnemende locaties betroffen onder meer de mogelijke consequenties van overschrijding van het budget fysiotherapie en het informeren van de respectievelijke achterbannen. De genoemde problemen konden echter naar tevredenheid worden opgelost.

Een aantal mogelijke proeflocaties dat in de haalbaarheidsstudie was geïnventariseerd bleek uiteindelijk niet mee te kunnen werken aan het proefproject. De redenen voor het niet deelnemen liggen onder meer op de volgende terreinen: vergoeding/compensatie voor de tijdsbesteding nodig voor het volgen van de cursus, de vergoeding voor directe toegankelijkheid, deelname aan ander onderzoek, geen medewerking van de huisartsen, angst voor een toeloop van veeleisende patiënten, praktische zaken zoals drukte en personeel en tot slot de onzekerheid over het vervolg na beëindiging van de proefprojecten.

In tabel 3.2 worden enkele kengetallen van de proeflocaties weergegeven. Het betreft het aantal betrokken fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken, het aantal betrokken huisartsen en huisartsenpraktijken en enkele bijzonderheden betreffende de soort praktijk of samenwerkingsverband.

Tabel 3.2 Kengetallen van de proeflocaties

	Aantal fysiotherapie praktijken	Aantal fysiotherapeuten	Aantal huisartsen praktijken	Aantal huisartsen	Bijzonderheden
Almere	1	4	1	7	gezondheidscentrum
Goes	1	7	1	6	gezondheidscentrum
Haarlem	2	16	6	7	
Hengelo	4	18	4	6	Ft 'boulevard'
Holten	1	5	1	5	alle ft + ha praktijken
Hoofddorp	2	7	2	8	gezondheidscentra
Leek	5	18	4	8	alle ft + ha praktijken
Utrecht Al	1	10	2	6	
Utrecht L	1	4	1	8	leunt aan g.centrum
Totaal	18	89	22	61	

Zoals blijkt zijn in totaal 89 fysiotherapeuten en 18 fysiotherapiepraktijken bij de proefprojecten betrokken. Van deze 89 fysiotherapeuten hebben er 54 de opleiding DTF gevolgd. Het aantal deelnemende huisartsen en huisartsenpraktijken bedraagt respectievelijk 61 en 22. In totaal gaat het dus om een substantieel aantal fysiotherapeuten en huisartsen. Voor meer informatie over de deelnemende proeflocaties wordt verwezen naar de bijlagen.

3.4 Start van de proeflocaties

Op elk van de genoemde proeflocaties is een 1e bijeenkomst met TNO en een afvaardiging van de fysiotherapeuten en de huisartsen geweest ten behoeve van onder meer: kennismaking, informatie uitwisseling, afstemming gang van zaken, op maat snijden per locatie, problemen oplossen.

De volgende zaken werden steeds aan de orde gesteld:

- toelichting projectplan;
- huidige stand van zaken;
- Naam, adres, woonplaats (NAW) gegevens en contactpersonen: samenwerkingsverband, huisartsen, fysio-therapeuten en ziektekostenverzekeraars;
- patiëntenbestand: aantal, percentage ziekenfondsverzekerden, leeftijdsopbouw, opbouw sociaal economische status, percentage allochtonen, risicogroepen;
- praktijkassistenten: telefoonkaart;

- samenwerking / overleg / rapportage in huidige situatie (elektronisch, andere disciplines, protocol, opbouw dossiers);
- informatieverstrekking patiënten: folders, posters, periodiek gezondheidscentrum;
- samenwerkingsprotocol / rapportage na 1e en laatste behandeling;
- huidig verwijspatroon;
- bij- / nascholing;
- vergoeding / tarief;
- speciale interesses, verwachtingen.

Positief gevolg van deze gesprekken was dat op sommige locaties de huisartsen en fysiotherapeuten voor het eerst gezamenlijk rond één tafel zaten en de samenwerking / communicatie zo al vanaf de start van het project werd gestimuleerd.

Inhoudelijk wordt op deze materie ingegaan in de profielen die voor elke proeflocatie in de bijlage zijn opgenomen.

3.5 Ontwikkeling materialen

In overleg met de proeflocaties zijn de volgende materialen ontwikkeld (zie bijlagen):

- Samenwerkingsafspraken: per locatie afgestemd op basis van de handreiking voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar en/of Oefentherapeut Mensendieck (HOF) (van den Heuvel et al., 1999) en richtlijn communicatie fysiotherapeut – huisarts van het KNGF (Verhoeven et al., 1997).
- Registratieformulier en instructie: op basis van Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ) (Wimmers et al., 2002).
- Intake en eindverslag voor de huisarts: op verzoek van de huisartsen wordt benadrukt dat kort en bondig dient te worden gerapporteerd (het formulier ten behoeve van consult fysiotherapie is als voorbeeld genomen).
- Richtlijn en registratieformulier praktijkassistenten: te gebruiken naar behoefte op basis van telefoonkaarten praktijkassistenten huisartsen.
- Patiënteninformatie: folder/ poster (desgewenst vertaald in het Turks en Arabisch); proeflocaties met een eigen nieuwsbrief verzorgden mede via een dergelijke nieuwsbrief informatie naar de patiënten. Er is vanwege de complexiteit niet gekozen om alle patiënten via een brief van de zorgverzekeraars te informeren. Ook is niet gekozen voor een al te prominente presentatie in algemene nieuwsmedia om verwarring te voorkomen wie wel en niet zonder verwijzing de fysiotherapeut kunnen bezoeken.
- Informed consent patiënten: toestemming gebruik gegevens en nader contact TNO.

Naast deze algemene materialen is op enkele locaties nog aanvullend materiaal en publiciteit verzorgd.

- *Haarlem: extra formulieren zijn ontwikkeld om de huisartsen iets uitgebreider in te lichten dan via intakeformulier van TNO gedaan is, dit op verzoek van de huisartsen*
- *Academie Instituut: een gezondheidsvragenlijst wordt gebruikt (ontwikkeld aldaar op basis van een lijst gebruikt door tandartsen) om risico's al vooraf enigszins te inventariseren. De lijst is door de patiënten ingevuld voorafgaande aan de 1e zitting.*
- *Leek: vanwege het feit dat in Leek alle fysiotherapeuten en huisartsen aan het project meewerken kon wel via de lokale nieuwsbladen aandacht aan het project worden besteed.*
- *Hengelo: stratus anamnese formulier*

3.6 Contacten zorgverzekeraars

Via een schrijven van CVZ en informatie vanuit TNO zijn de zorgverzekeraars ingelicht over het project en is hen gevraagd hierop te reageren.

Zorgverzekeraars zijn door Vektis nader ingelicht over een gewijzigde manier van declareren. De codes voor verwijzer en verwijzdatum zijn aangepast in het kader van de proefprojecten. Tevens zijn softwareleveranciers van fysiotherapeuten ingelicht door Vektis. Fysiotherapeuten is verzocht ook zelf contact op te nemen met de eigen softwareleverancier om het één en ander kort te sluiten.

Er is telefonisch contact gelegd met voor elke proeflocatie de grootste zorgverzekeraar en er is geïnventariseerd of het mogelijk is via de aangepaste codes de volgende gegevens te verkrijgen:

- aantal patiënten;
- gemiddeld aantal verrichtingen;
- soort verrichtingen;
- soort patiënten.

Dit voor de proeflocaties voor dit jaar en het voorgaande jaar, voor patiënten mét en zonder verwijzing, in vergelijking met andere praktijken in de regio.

3.7 Beroepsaansprakelijkheid

Wat betreft de beroepsaansprakelijkheid kan gemeld worden dat géén van de door de proeflocaties opgegeven verzekeringen problemen meldde wat betreft de directe toegankelijkheid.

In geen enkele polisvoorwaarde wordt onderscheid gemaakt tussen behandeling mét of zonder verwijzing.

3.8 Wet BIG

Op 31 oktober 2002 heeft VWS schriftelijk laten weten dat er geen aanpassing van de Wet BIG noodzakelijk is voor het project: de Wet BIG stelt eisen aan de deskundigheid van de fysiotherapeuten, om op verwijzing van een arts, een patiënt te onderzoeken en te behandelen. De wet verplicht niet tot het werken op verwijzing noch verbiedt de wet het werken zonder verwijzing. Wel stelt het werken zonder verwijzing hogere eisen aan de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut. Indien de fysiotherapeut invulling aan deze extra verantwoordelijkheid geeft door op basis van heldere en goede protocollen met huisartsen samen te werken, is dat in het kader van de Wet BIG verantwoord.

Voor de landelijke implementatie van DTF heeft de KNGF de juridische consequenties in kaart gebracht.

3.9 Contacten CVZ, KNGF en Kamer Fysiotherapie AGU

Er is intensief contact geweest met CVZ en het KNGF om problemen die zich voordeden tijdens de voorbereiding in gezamenlijk overleg goed op te kunnen lossen.

Met de Kamer Fysiotherapie AGU is contact onderhouden om bij te dragen aan de ontwikkeling van de bijscholing voor fysiotherapeuten. Hierover is apart door de Kamer Fysiotherapie AGU gerapporteerd (bijlage C).

3.10 Patiëntencategorieën

In de haalbaarheidsstudie is geadviseerd DTF in eerste instantie te richten op specifieke patiëntencategorieën en hulpvragen.

Als patiëntencategorieën kwamen in aanmerking:

- Patiënten met sportblessures;
- Patiënten met recidiverende klachten;

- Patiënten met chronische klachten die al bekend zijn in de praktijk.

Met als mogelijke opties:

- Patiënten met andere acute klachten dan sportblessures;
- Andere patiënten die al bekend zijn in de praktijk.

Als hulpvragen kwamen in aanmerking:

- Vragen om advies;
- Eenmalige (kortdurende) behandelingen bijvoorbeeld bij recidiverende klachten;
- (meerdere) behandelingen (zittingen).

De begeleidingscommissie en CVZ hebben echter bij de start van het proefproject besloten DTF open te stellen voor in principe alle patiëntencategorieën en hulpvragen om zo praktische ervaring op te doen en op basis daarvan te besluiten DTF te bestemmen voor meer specifieke patiëntencategorieën en hulpvragen.

In de pilotprojecten hebben zich naar de ervaringen van fysiotherapeuten nauwelijks problemen voorgedaan en kunnen alle patiëntencategorieën en hulpvragen adequaat worden geholpen. Enkele patiëntencategorieën vragen daarbij echter speciale aandacht. Dit betreft allochtonen en psychiatrische patiënten onder meer vanwege de beperkte mogelijkheden tot communicatie. Ook wordt complexe chronische problematiek genoemd als een aandachtspunt (zie ook 6.10).

3.11 Het aantal patiënten per locatie

Bij de start van het proefproject was uitgegaan van de verwachting dat het project directe toegankelijkheid zou leiden tot circa 1.000 patiënten die via directe toegankelijkheid naar de fysiotherapeut zouden gaan. Hierbij was uitgegaan van acht proeflocaties, per proeflocatie dus circa 125 DTF patiënten. Feitelijk blijken 1.416 ziekenfondspatiënten van de mogelijkheid van directe toegankelijkheid gebruik te hebben gemaakt. Hierop wordt in hoofdstuk 4 nader ingegaan.

In tabel 3.3 wordt per proeflocatie ingegaan op het aantal patiënten en het traject na intake.

Tabel 3.3 Aantal patiënten en traject na intake op de proeflocaties DTF

	Almere	Goes	Haarlem	Hengelo	Holten	Hoofdd	Leek	UtrechtA	UtrechtL	Totaal
1	0	15	1	6	1	4	12	0	2	41
2	2	12	5	4	0	3	3	2	0	31
3	36	6	3	8	1	83	21	4	6	168
4	2	5	1	4	0	4	4	3	0	23
5	1	31	3	6	15	16	27	9	0	108
6	1	1	3	0	0	0	0	0	0	5
7	78	132	49	134	74	117	386	27	35	1032
8	1	0	1	0	0	2	3	1	0	7
Tot.	121	203	66	162	91	229	456	46	42	1.416

Toelichting:

- 1 FT niet geïndiceerd
- 2 FT niet geïndiceerd, verwezen naar huisarts
- 3 FT geïndiceerd, 1 zitting
- 4 FT geïndiceerd, informatie opgevraagd bij huisarts
- 5 FT geïndiceerd, overgedragen aan collega binnen praktijk
- 6 FT geïndiceerd, overgedragen aan externe collega
- 7 FT geïndiceerd, behandeling gestart
- 8 FT geïndiceerd, anders

Zoals blijkt verschilt het aantal patiënten DTF sterk per locatie. Deze verschillen komen onder meer voort uit: verschillen in aantal deelnemende fysiotherapeuten, verschillen in communicatiemogelijkheden naar de patiënten, samenstelling van het patiëntenbestand (allochtonen, particulieren e.d.), al dan niet actieve opstelling van fysiotherapeuten en huisartsen en het aantal maanden dat is deelgenomen aan het proefproject. Om een realistischer beeld te krijgen van het aantal patiënten DTF per locatie wordt in tabel 3.4 het gemiddeld aantal patiënten DTF per fysiotherapeut per locatie weergegeven.

Tabel 3.4 Het gemiddeld aantal patiënten per fysiotherapeut per locatie

	Aantal patiënten	Aantal FT	Gemiddeld aantal patiënten per FT
Almere	121	4	30,3
Goes	203	7	29,0
Haarlem	66	16	4,1
Hengelo	162	18	9,0
Holten	91	5	18,2
Hoofddorp	229	7	32,7
Leek	456	18	25,3
Utrecht AI	46	10	4,6
Utrecht L	42	4	10,5
Totaal	1416	89	15,9

Zoals uit tabel 3.4 blijkt is het gemiddeld aantal patiënten per fysiotherapeut dat gebruik maakt van DTF 15,9. Per proeflocatie (en per praktijk) verschilt het aantal echter sterk van circa 4 per fysiotherapeut tot ruim 30 per fysiotherapeut.

De hoogste aantallen patiënten zijn met name bereikt in die situaties waarbij sprake is van een gezondheidscentrum (Almere, Goes, Hoofddorp) en in iets mindere mate het feit of de gemeenten in het geheel aan de proefprojecten hebben deelgenomen (Leek, Holten).

Vooral in grote gemeenten (Utrecht en Haarlem) zijn de patiënten in mindere mate bereikt. Ook in Hengelo ligt het gebruik van DTF duidelijk onder het gemiddelde.

In de bijlagen wordt in de profielen per locatie nader ingegaan op het aantal patiënten dat in de loop van het jaar op de diverse locaties gebruik heeft gemaakt van DTF. Het algemene beeld dat daaruit naar voren komt is dat het aantal patiënten in de maanden direct na de start van het project groeit, waarna het zich stabiliseert. Vanwege de onduidelijkheid over de continuïteit loopt het aantal patiënten aan het eind van het jaar wat terug.

3.12 Praktijkorganisatie per locatie

In deze paragraaf wordt per locatie een korte schets van met name de praktijkorganisatie en enkele ervaringen weergegeven. Uitvoerige informatie is weergegeven in de afzonderlijke profielschetsen in de bijlagen.

3.12.1 Almere

In Almere is in eerste instantie gestart met een inloopsprekkuur, dat is echter na een maand beëindigd. In plaats daarvan worden 6 à 8 momenten per week gereserveerd in de agenda voor DTF patiënten.

De receptionisten van het gezondheidscentrum zijn geïnstrueerd door de fysiotherapeuten en zij maken afspraken met de patiënten. Een door TNO ontwikkelde

richtlijn wordt niet gebruikt, men geeft er de voorkeur aan met een eigen systematiek te werken.

Overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten vond plaats zoals normaal en in het kader van de pilot zijn een paar extra bijeenkomsten gepland.

Fysiotherapeuten kunnen na telefonisch overleg met de huisartsen verwijzen naar specialisten.

Patiënten worden ingelicht over DTF door posters, folders (ook Turks/Marokkaans), nieuwsbrieven en de website van het gezondheidscentrum. Bij elke eerste zitting krijgen patiënten een folder mee. Collega fysiotherapeuten zijn via diverse bijeenkomsten van Zorggroep Almere op de hoogte gebracht van de pilot.

3.12.2 *Goes*

Patiënten zonder verwijzing komen op afspraak binnen een week, wat soms sneller is dan bij patiënten met verwijzing.

Tijdens de eerste zitting wordt een indicatie gesteld, een fysiotherapeutische diagnose en indien dat van toepassing is en daar tijd voor is wordt gestart met behandelen. Men vindt het ongepast om tijdens de eerste zitting als er na het stellen van een fysiotherapeutische diagnose tijd over is administratie te doen.

Patiënten zijn door posters, folders, nieuwsbrieven, de fysiotherapeut, huisarts(assistente), website en de krant ingelicht over DTF.

Collega's in de buurt die niet deelnemen aan de pilot zijn ingelicht door hen de nieuwsbrieven van het project toe te sturen.

Overleg met de huisartsen vindt plaats zoals normaal. In het kader van de pilot hebben er enkele extra bijeenkomsten plaats gevonden.

Zowel huisartsen als fysiotherapeuten spreken hun voorkeur uit voor elektronische verslaglegging in het kader van DTF.

3.12.3 *Haarlem*

Bij aanvang van de pilot hielden de fysiotherapeuten wekelijks twee uur vrij voor DTF patiënten, toen dit niet nodig bleek werden er gewoon afspraken gemaakt.

Acute klachten zijn direct ingepland en de overige klachten ook vrij snel, soms sneller dan 'gewone' patiënten.

Overleg vindt plaats als normaal en enkele malen extra in het kader van de pilot.

Patiënten zijn ingelicht over DTF door folders, posters, huisartsen en fysiotherapeuten.

Op verzoek van de huisartsen die de intake formulieren niet voldoende vinden zijn er extra formulieren ontwikkeld.

In de eerste zitting wordt alleen een indicatie gesteld en eventueel een fysiotherapeutische diagnose gesteld en een advies gegeven. Administratie wordt na afloop afgehandeld. Aangezien er in het kader van DTF meer éénmalige zittingen plaats vinden wordt de administratieve last als relatief hoger ervaren.

3.12.4 *Hengelo*

Vier dicht bij elkaar liggende fysiotherapie praktijken: de 'fysiotherapie boulevard' nemen deel aan de pilot in samenwerking met vier huisartsenpraktijken.

Zowel huisartsen als fysiotherapeuten wilden voor aanvang een goede afstemming met de achterban, de RGF Twente en DHV Twente.

Wegens een geringe toeloop bleek het niet nodig te zijn speciaal tijd te reserveren voor DTF patiënten. Er worden dan ook, zoals gebruikelijk, afspraken gemaakt waarbij de wachttijd minder dan vijf dagen is. In dat opzicht is er dus weinig veranderd ten opzichte van een 'normale' eerste zitting.

De patiënten worden ingelicht over DTF via folders, posters, huisartsen en fysiotherapeuten. De doktersassistenten maken geen gebruik van de TNO richtlijn omdat zij evenmin vragen waarom patiënten een afspraak willen maken met de huisarts. Gedurende het pilot jaar was er weinig verandering in samenwerking met de huisartsen. In het kader van de pilot zijn enkele gezamenlijke bijeenkomsten georganiseerd. Eén van de praktijken heeft in het kader van de pilot een extra anamneseformulier ontwikkeld dat gebruikt is bij de intake.

3.12.5 *Holten*

Een wekelijks spreekuur van twee uur bleek niet nodig, een eerste zitting gewoon op afspraak voldoet.

De meest ervaren fysiotherapeut doet meestal de intake.

Overleg vindt frequent en ad hoc plaats en is niet anders als anders.

Patiënten worden ingelicht door folders, posters, de fysiotherapeuten, de huisartsen en de praktijkassistenten. De praktijkassistenten zijn geïnstrueerd door de huisarts en fysiotherapeut en volgen niet de richtlijn van TNO. Veel patiënten gaan nu eenmaal toch graag eerst naar de huisarts.

Collega fysiotherapeuten zijn tijdens een Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie ingelicht over de pilot.

3.12.6 *Hoofddorp*

Er was al een open spreekuur voor fysiotherapie van circa acht patiënten per week, verwijzing wordt achteraf geregeld en er worden circa drie patiënten per uur gezien. Alleen een intake wordt gedaan en eventueel wordt er een advies gegeven, geen uitgebreide behandeling. Dit spreekuur is voortgezet in het kader van de pilot. Indien na de eerste zitting beslist wordt over te gaan tot behandeling was de wachttijd soms twee weken, dit is zo veel mogelijk teruggebracht naar maximaal vijf dagen.

In het kader van de pilot en in verband met langdurige afwezigheid van één van de fysiotherapeuten zijn er één of twee waarnemers in de praktijk werkzaam geweest.

De samenwerking met de huisartsen was al goed en er is weinig extra overlegd specifiek in verband met DTF.

Patiënten worden ingelicht door posters, folders, huisartsen(assistenten), fysiotherapeuten en een nieuwskrant. De centrumassistenten zijn geïnstrueerd en volgen de TNO richtlijn.

Formulieren invullen is relatief veel werk als patiënten maar een keer komen.

Elektronische rapportage is gewenst door zowel huisartsen als fysiotherapeuten.

3.12.7 *Leek*

Alle fysiotherapie- en huisartsenpraktijken in Leek doen mee aan het proefproject.

De eerste zitting is qua organisatie identiek aan reguliere eerste zitting. Administratie wordt tussendoor of achteraf gedaan.

De samenwerking met de huisartsen was al goed, er zijn enkele extra overlegsituaties geweest in het kader van de pilot.

Patiënten zijn ingelicht door posters, folders, internet, de pers, fysiotherapeuten, huisartsen(assistenten). De assistenten gebruiken de TNO richtlijn niet, als patiënten er speciaal om vraagt geven ze wel informatie over DTF.

Het ontbreken van achtergrond informatie over patiënten wordt door de fysiotherapeuten soms als probleem ervaren en shoppende patiënten maken de fysiotherapeuten alerter.

3.12.8 *Utrecht AI*

Bij aanvang hielden de fysiotherapeuten wekelijks één uur vrij voor DTF patiënten maar dit werd afgeschaft toen de toeloop gering bleek te zijn.

Tien minuten voorafgaand aan de eerste zitting vullen studenten met de patiënten alvast een gezondheidsvragenlijst in.

Patiënten zijn ingelicht via posters, folders, mondeling via huisartsen(assistenten) en fysiotherapeuten. De assistenten geven niet altijd informatie over DTF, wel als patiënten speciaal om fysiotherapie vragen of als zij klachten aan bewegingsapparaat melden.

Overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten vindt plaats zoals normaal. Enkele extra bijeenkomsten hebben plaats gevonden in verband met de pilot.

3.12.9 *Utrecht L*

De patiënten die gebruik maken van DTF maken hiervoor een afspraak.

Patiënten zijn ingelicht over DTF via folders, posters, de huisarts(assistente) en de fysiotherapeut.

De praktijkassistente vraagt niet naar de klachten van de patiënt, alleen als de patiënt expliciet vraagt naar een verwijfsbrief voor de fysiotherapeut wordt informatie over DTF gegeven.

Samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten was en is goed. Enkele extra bijeenkomsten zijn in het kader van de pilot ingelast. Afspraken over de wijze van samenwerking zijn van belang bij DTF volgens de fysiotherapeuten.

Tijdens de eerste zitting wordt een indicatie en eventueel een fysiotherapeutische diagnose gesteld, eventueel wordt er gestart met behandelen. De administratie wordt zoveel mogelijk tijdens de eerste zitting afgehandeld.

3.13 **Conclusies**

Algemene conclusies vanuit de proeflocaties zijn:

- Op één na werken alle proeflocaties via een afspraksprekkuur.
- Patiënten kunnen doorgaans binnen vijf dagen terecht (hetgeen in enkele gevallen sneller is dan een reguliere afspraak op verwijzing).
- Patiënten zijn doorgaans vanuit de praktijken geïnformeerd via folders, posters en mondeling informatie van huisartsen en fysiotherapeuten.
- Praktijkassistenten zijn in slechts enkele proeflocaties actief ingeschakeld om patiënten te wijzen op DTF.
- Op de proeflocaties was de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten over het algemeen goed, doorgaans hebben enkele extra overleggen plaatsgevonden in verband met de pilot.
- Het eerste contact omvatte doorgaans het stellen van een indicatie, een fysiotherapeutische diagnose en een start van de behandeling (advisering).
- Eenmalige contacten vragen om relatief veel administratie.
- Elektronische informatie-uitwisseling tussen huisartsen en fysiotherapeuten wordt doorgaans gezien als een mogelijkheid de informatieoverdracht te verbeteren.

4 Resultaten van de registratie

4.1 Inleiding

Ten behoeve van de evaluatie van de directe toegankelijkheid vulden de deelnemende fysiotherapeuten per patiënt een intakeformulier en eindverslag in die tevens zijn gebruikt om de huisartsen te informeren. Daarnaast is van de patiënten van wie de behandeling is afgesloten een registratieformulier ingevuld. De informatie die daarbij is vastgelegd sluit aan bij de informatie die wordt geregistreerd in het project Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ). Waar mogelijk worden de gegevens vergeleken met de LIPZ gegevens van de ziekenfondspatiënten die in 2002 zijn aangemeld.

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de registratie gepresenteerd. In totaal zijn 1.627 registratieformulieren verwerkt. Uitsluitend wordt gerapporteerd over de sets registratieformulieren die zijn ingevuld voor ziekenfondsverzekerden, dat betreft 1.416. Het aantal sets aan formulieren dat per deelnemende praktijk is verwerkt voor ziekenfondsverzekerden wordt in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4.1 Aantal verwerkte intakeformulieren, eindverslagen en registratieformulieren per praktijk

Praktijk	Aantal	Percentage
Almere Archipel	121	8,5
Goes Pijlers	203	14,3
Haarlem Schalkwijk	43	3,0
Haarlem Verton	23	1,6
Hengelo Boersma	62	4,4
Hengelo Bruggeman	35	2,5
Hengelo Groot Driene	64	4,5
Hengelo Temmingh en Tip	1	,1
Holten	91	6,4
Hoofddorp GC Floriande	81	5,7
Hoofddorp GC Overbos	148	10,5
Leek Amesz	62	4,4
Leek Annema	42	3,0
Leek FT Centrum	279	19,7
Leek Oldenoert	56	4,0
Leek De Praktijk	17	1,2
Utrecht Lombok	42	3,0
Utrecht Academie Instituut	46	3,2
Totaal	1.416	100,0

Het eerste contact van een patiënt bij DTF heeft een ander karakter dan het eerste contact na verwijzing.

De eerste beslissing die een fysiotherapeut bij DTF dient te nemen is te beslissen of fysiotherapeutische behandeling/advisering geïndiceerd is.

In tabel 4.2 wordt de uitkomst van dit beslissingsproces in beeld gebracht.

Tabel 4.2 Vervolg na intake DTF aantallen en percentages patiënten 2003

	Aantal	%
FT niet geïndiceerd	41	2,9
FT niet geïndiceerd, patiënt verwezen naar huisarts	31	2,2
FT geïndiceerd, blijft beperkt tot een zitting	168	11,9
FT geïndiceerd, aanvullende informatie van huisarts	23	1,6
FT geïndiceerd, verwijzing naar FT binnen praktijk	109	7,7
FT geïndiceerd, verwijzing naar FT buiten praktijk	5	0,4
FT behandeling wordt gestart	1.030	72,7
Anders/onbekend	9	0,7
Totaal	1.416	100,0

Zoals blijkt wordt in 5% de conclusie getrokken dat FT niet is geïndiceerd. In bijna 12% van de gevallen blijft het bezoek beperkt tot een zitting. In bijna 73% wordt de behandeling gestart door de betreffende fysiotherapeut zelf.

4.2 Profiel van de gebruikers van directe toegankelijkheid

Het profiel van de gebruikers van DTF wat betreft geslacht, leeftijd en opleiding wordt gepresenteerd in tabel 4.3 in vergelijking met vergelijkbare informatie vanuit het LIPZ.

Tabel 4.3 Geslacht, leeftijd en opleiding van de gebruikers van DTF in vergelijking met gegevens vanuit het LIPZ 2002 in procenten

	DTF (n=1.416)	LIPZ (n=4.911)
Geslacht		
Man	36,7	37,3
Vrouw	63,3	62,7
Leeftijd		
0-24	8,9	9,3
25-44	42,6	36,3
45-64	32,7	33,1
65 en ouder	14,0	21,4
Onbekend	1,7	
Opleiding		
Laag (basis onderwijs - mavo/vmbo)	43,8	43,1
Midden (havo-mbo)	29,0	15,8
Hoog (hbo-universitair)	11,9	4,8
Anders/onbekend	15,3	36,3
Totaal	100,0%	100,0%

Zoals uit deze tabel blijkt zijn de patiënten die gebruik maken van DTF qua geslacht een afspiegeling van de patiënten die geregistreerd zijn binnen LIPZ. Van de mensen die gebruik maken van DTF zijn degenen in de leeftijdscategorie 25-44 sterker vertegenwoordigd en 65 jaar en ouder minder sterk. Wat betreft opleiding zijn er relatief wat meer mensen met een hoger opleidingsniveau die van DTF gebruik maken. Ook blijkt echter dat mensen met een lage opleiding eveneens de fysiotherapeut weten

te vinden. Een precieze vergelijking wordt bemoeilijkt vanwege het percentage patiënten waarvan de opleiding onbekend is, met name bij het LIPZ.

De zorgverzekeraars waarbij men het meest frequent is verzekerd zijn: Geové / RZG, CZ, AGIS, Zorg en Zekerheid, Amicon en Zilveren Kruis / Achmea, en Salland (al deze verzekeringen worden 10 keer of meer genoemd). De overige verzekeringen zijn minder frequent betrokken.

Van de ziekenfondsverzekerden heeft 90% een aanvullende verzekering.

Van de verzekerden is 61,9% op eigen initiatief gekomen, 30,7% via de centrum-/ praktijkassistent en de overige 7,4% anders.

4.3 Klachten; gezondheidsproblemen

Zoals reeds is opgemerkt sluiten de registratieformulieren, intake- en eindverslagformulieren die in het kader van de pilot voor alle patiënten zonder verwijzing zijn ingevuld zoveel mogelijk aan op de wijze van gegevensverzameling van het LIPZ. Het registreren van diagnoses was echter niet op vergelijkbare wijze mogelijk aangezien het LIPZ werkt met verwijsdiagnoses. De tekst van de verwijsdiagnose werd gecodeerd naar de ICPC-codering. Aangezien er bij directe toegankelijkheid uiteraard geen sprake is van verwijzing is ervoor gekozen de fysiotherapeuten de diagnosecode in te laten vullen zoals die gebruikt wordt voor declaratie bij zorgverzekeraars voor paramedische hulp.

Deze code bestaat uit vier cijfers waarbij de eerste twee cijfers de hoofd- en subgroep zijn voor lichaamslokalisatie en de laatste twee cijfers de hoofd- en subgroep pathologie aangeven.

In tabel 4.4 worden de tien meest voorkomende diagnosecodes weergegeven.

Tabel 4.4 De 10 meest voorkomende diagnosecodes DTF in % (n=1.416)

	Diagno secode	Omschrijving lichaamslokalisatie	Omschrijving pathologie hoofdgroep	Omschrijving pathologie subgroep	%
1.	3126	Cervicothoracale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	11,7
2.	3426	Lumbale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	8,5
3.	3026	Cervicale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	6,4
4.	3427	Lumbale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Discusdegeneratie, coccygodynie/HNP	4,7
5.	3526	Lumbo-sacrale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	3,7
6.	3411	Lumbale wervelkolom	Orthopedische aandoening zonder chirurgie	Afwijkingen wervelkolom/bekken	3,6
7.	4026	Art. humeri (inclusief weke delen)	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	2,5
8.	3527	Lumbo-sacrale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Discusdegeneratie, coccygodynie/HNP	2,4
9.	3226	Thoracale wervelkolom	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	2,2
10.	3626	Sacrum en SI gewricht(en)	Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie	Spier-, fasciesyndromen	2,0

Ter vergelijking worden in tabel 4.5 de tien meest voorkomende verwijsdiagnoses bij ziekenfonds patiënten volgens LIPZ in onderstaande tabel aangegeven.

Tabel 4.5 Meest voorkomende diagnosecodes LIPZ 2002, ziekenfondspatiënten (n=4.911)

	code	Omschrijving	%
1.	L03	Lage rugpijn zonder uitstraling	15,0
2.	L01	Symptomen/klachten nek	9,9
3.	L02	Symptomen/klachten rug	6,5
4.	L83	Syndr. cervicale wervelkolom	5,8
5.	L08	Symptomen/klachten schouder	5,0
6.	L99	Andere ziekten bewegingsapparaat	4,2
7.	L15	Symptomen/klachten knie	4,0
8.	L92	Schoudersyndromen/PHS	4,0
9.	L14	Symptomen/klachten(dij)been	3,0
10.	L86	Lage rugpijn met uitstraling	2,2

Uit beide tabellen blijkt dat lumbale, cervicale en cervicothoracale klachten het meest frequent voorkomen bij patiënten die voor deze klachten naar de fysiotherapeut gaan. Daarnaast zijn schouderklachten vertegenwoordigd in beide tabellen. Knieklachten die wel in het LIPZ in de meest genoemde klachten voorkomen, komen niet voor in de top tien van diagnosecodes zonder verwijzing.

Als niet alleen de top tien maar alle registratieformulieren bekeken worden met het oog op meest voorkomende lokalisatie en pathologie dan komt het volgende naar voren.

Tabel 4.6 Lokalisatie van klachten in het DTF project (n=1.416)

	lokalisatie	%
1.	Wervelkolom	60,0
	Lumbale wervelkolom (263)	
	Cervico-thoracale wervelkolom (225)	
	Cervicale wervelkolom (130)	
	Lumbo-sacrale wervelkolom (100)	
	Thoracale wervelkolom (45)	
	Sacrum en SI gewrichten (37)	
	Thoraco-lumbale wervelkolom (27)	
	Gecombineerd, totale wervelkolom (23)	
	Coccygis (0)	
2.	Knie	11,7
3.	Schouder, bovenarm	7,9
4.	Elleboog, onderarm, hand	4,4
5.	Bekken, bovenbeen	4,3
6.	Meer dan één hoofdgroep	2,9
7.	Hoofd, hals	1,2
8.	Thorax, buik, inwendige organen	1,2
9.	Onbekend	6,0
	Totaal	100,0

Een lichte verschuiving heeft plaatsgevonden in vergelijking met de top tien waarbij de cervicothoracale wervelkolom bovenaan stond. Klachten van de lumbale wervelkolom blijken in totaal het meest voor te komen gevolgd door klachten aan de cervicothoracale wervelkolom en daarna de cervicale wervelkolom. De knie komt in deze tabel wel duidelijk naar voren.

In onderstaande tabel wordt de meest voorkomende pathologie weergegeven.

Tabel 4.7 Meest voorkomende pathologie in het DTF project (n=1.416)

	Pathologie hoofdgroep	%
1.	Surmenage, spier- fasciesyndromen (669)	70,1
	degeneratieve, discusdegeneratie, coccygodynie/HNP (136)	
	aandoeningen epicondylitis/tendinitis/tendovaginitis (66)	
	dystrofie chondropathie/arthropathie/meniscuslaesie (45)	
	bursitis/capsulitis (41)	
	arthrose (36)	
2.	Traumatische aandoeningen uitgezonderd chirurgie, neurotraumata en dwarslaesie	7,6
3.	Orthopedische aandoeningen zonder chirurgie	6,3
4.	Symptomatologie psychosomatiek, urologie, gynaecologie	3,6
5.	Neurologische aandoeningen	1,7
6.	Chirurgie bewegingsapparaat	0,6
7.	Hart-, vaat- en lymfevat aandoeningen	0,3
8.	Overige interne aandoeningen, maligniteiten, chirurgie niet bewegingsapparaat	0,1
9.	Longaandoeningen	0,0
10.	Onbekend	6,0
	Totaal	100,0%

Evenals in de top tien komt de hoofdgroep surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie het meest voor waarbij met name de subgroep spier- fasciesyndromen veel genoemd wordt.

4.4 Ontstaan en bestaansduur van de klachten

In aanvulling op de gegevens die in het LIPZ worden vastgelegd is ingegaan op de acuutheid van de klachten en op het aspect sportblessures. Dit met name omdat bij de start van het project DTF juist op deze terreinen een relatief groot gebruik werd verwacht. In tabel 4.8 worden de klachten weergegeven waarmee de patiënten de fysiotherapeut bezochten.

Tabel 4.8 Ontstaan van de klachten DTF in percentages (n=1.416)

	DTF
acut, sportblessure	5,9
acut, geen sportblessure	23,9
niet acut, sportblessure	4,9
niet acut, geen sportblessure	46,3
chronische klacht	15,7
anders / onbekend	3,4
totaal	100,0

Zoals blijkt is bijna 70% van de klachten van niet acute of chronische aard. In iets meer dan 10% van de gevallen gaat het om sportblessures.

De bestaansduur van de klachten van mensen gebruik maken van DTF in vergelijking met LIPZ gegevens wordt in tabel 4.9 gepresenteerd.

Tabel 4.9 Bestaansduur klachten directe toegang fysiotherapie DTF en LIPZ 2002

	DTF	LIPZ (2002)
2 dagen of minder	3,5	1,3
3 – 7 dagen	14,1	5,7
1 week - 1 maand	30,2	27,7
1 – 3 maanden	21,3	22,4
3 – 6 maanden	9,0	11,6
6 – 12 maanden	6,1	7,1
langer dan een jaar	13,8	23,0
onbekend	2,2	1,3
Totaal	100,0	100,0

Zoals blijkt gaat het bij patiënten die gebruik maken van DTF slechts in beperkte mate om klachten die korter dan een week geleden zijn ontstaan. Fysiotherapeuten hebben ten behoeve van DTF geen regelingen getroffen voor 24-uurs bereikbaarheid en bijvoorbeeld de eerste hulp bij sportongevallen (EHBSO).

Voor het merendeel bezoeken de mensen de fysiotherapeut met klachten die 1 week tot 3 maanden duren. Wel blijkt uit een vergelijking met het LIPZ dat het aantal mensen met een korte bestaansduur van de klachten bij DTF hoger ligt dan bij het LIPZ.

Uit de registratie blijkt eveneens dat het in 32,3% van de gevallen gaat om recidiverende klachten. Dit percentage is vergelijkbaar met de gegevens van het LIPZ (35,6).

Van de patiënten heeft 55,4% al eerder paramedische zorg en 28,7% al eerder paramedische zorg gehad voor dezelfde klachten. Bij het LIPZ ligt het percentage patiënten dat al eerder zorg voor dezelfde of andere klachten heeft gehad op ruim 40%. Bijna eenderde (30,6%) was al eerder door de fysiotherapeut behandeld waar zij nu in het kader van de directe toegankelijkheid heen zijn gegaan.

4.5 Aantal zittingen

Het aantal zittingen dat door de fysiotherapeuten is uitgevoerd per patiënt wordt in tabel 4.10 weergegeven. Het gemiddeld aantal zittingen bedroeg 5,9 (sd 4,3). Bij het berekenen van het gemiddeld aantal zittingen zijn niet meegeteld de patiënten met 0 zittingen waarbij bleek dat fysiotherapie niet was geïndiceerd, ook zijn de gegevens van de patiënten niet meegeteld die op het moment van afsluiting van het project niet waren uitbehandeld. Bij het LIPZ is het gemiddeld aantal zittingen voor ziekenfondspatiënten 11,5.

Tabel 4.10 Aantal zittingen DTF vergeleken met LIPZ 2002, ziekenfondsverzekerden

Aantal zittingen	DTF	LIPZ
0 zittingen (65 patiënten DTF)*; consult LIPZ	4,6	0,4
1-3	35,6	9,7
4-6	26,8	17,8
7-9	20,4	28,2
10-12	8,3	11,7
13-18	7,5	22,8
19 of meer	1,3	9,4
Totaal	100,0	100,0

*Patiënten met 0 zittingen (geen fysiotherapie geïndiceerd) en niet uitbehandelde patiënten zijn in het berekenen van het aantal zittingen niet meegeteld.

Uit een vergelijking van zowel het gemiddeld aantal zittingen als de gegevens uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal zittingen in het DTF project aanzienlijk lager ligt in vergelijking met het LIPZ.

Omdat hierbij mogelijk de aard van de gezondheidsklachten een rol bij kan spelen wordt in tabel 4.11 het gemiddeld aantal zittingen weergegeven voor de 10 meest genoemde diagnosecodes.

Tabel 4.11 Gemiddeld aantal zittingen (standaard deviatie) voor de 10 meest genoemde diagnosecodes

	Gemiddeld aantal zittingen (sd)
3126 cervicothoracale wervelkolom	7,1 (4,2)
3426 lumbale wervelkolom	5,1 (4,2)
3026 cervicale wervelkolom	6,1 (4,1)
3427 lumbale wervelkolom	6,0 (4,3)
3526 lumbo-sacrale wervelkolom	7,1 (4,3)
3411 lumbale wervelkolom	5,9 (4,6)
4026 art.humeri (inclusief weke delen)	7,3 (4,6)
3527 lumbo-sacrale wervelkolom	4,6 (3,5)
3226 thoracale wervelkolom	5,8 (4,2)
3626 sarum en SI gewrichten	6,1 (4,2)

4.6 Behandeldoelen

Bij de beschrijving van de behandeldoelen is een onderscheid gemaakt tussen activiteiten en lichaamsfuncties.

In tabel 4.12 wordt de frequentie weergegeven waarin de onderscheiden behandeldeel activiteiten zijn genoemd als hoofddoel en als subdoel.

Tabel 4.12 Behandeldoelen DTF in activiteiten in % vergeleken met de hoofddoelen LIPZ 2002 ziekenfondsverzekerden

Activiteiten	Hoofddoel DTF (n=1.416)	Subdoel DTF (n=1.416)	Hoofddoel LIPZ (n=4.902)
Houding	33,5	9,2	16,3
Handelingen om houding te veranderen	13,8	8,2	12,2
Handelingen om zichzelf te verplaatsen	1,2	1,7	
Handelingen in het kader van optillen en meenemen	3,1	5,8	
Handelingen in het kader van met de onderste extremiteiten verplaatsen van objecten	0,2	1,0	
Handelingen in het kader van nauwkeurig gebruik van handen en vingers	0,4	0,5	
Handelingen in het kader van gebruik van arm en hand	6,7	6,9	11,1
Handelingen in het kader van zich voortbewegen (lopen)	8,1	3,0	17,4
Handelingen in het kader van zich voortbewegen (exclusief lopen)	0,9	1,8	
Handelingen in het kader van zich voortbewegen met hulpmiddelen	0,3	0,5	
Overige handelingen	11,6	10,3	13,0
Missing	20,2	48,9	
Totaal	100,0	100,0	

Zoals uit deze tabel blijkt worden de activiteiten die in het LIPZ frequent worden benoemd als hoofddoel ook bij DTF frequent genoemd. Bij DTF komt met name 'houding' frequent voor.

In tabel 4.13 worden de behandeldoelen weergegeven in lichaamsfuncties.

Tabel 4.13 Behandeldoelen in lichaamsfuncties in % DTF vergeleken met LIPZ 2002 ziekenfondsverzekerden (5 belangrijkste)

Lichaamsfuncties	Hoofddoel (n=1.416)	Subdoel (n=1.416)	LIPZ (n=4.902)
Mobiliteitsfuncties	44,7	13,2	31,2
Spierfuncties	15,6	25,0	18,6
Bewegingsfuncties	3,7	4,1	3,8
Lichaamshouding	15,0	20,1	6,3
Cardiovasculair systeem	0,8	0,1	
Ademhalingssysteem	0,1	0,3	
Functie huid	0,1	-	
Sensorische functie, pijngewaarwording	1,3	2,2	17,1
Overige functies	2,9	2,0	
Onbekend/missing	16,0	33,1	
Totaal	100,0	100,0	

Zoals blijkt worden zowel in het DTF als LIPZ systeem soortgelijke behandeldoelen in lichaamsfuncties het meest genoemd. Een opvallend verschil is dat in het LIPZ systeem pijn aanzienlijk frequenter als hoofddoel wordt benoemd en mobiliteitsfuncties en lichaamshouding minder frequent.

4.7 Verrichtingen

De belangrijkste verrichtingen bij patiënten fysiotherapie worden in tabel 4.14 weergegeven.

Per patiënt kunnen maximaal 3 verrichtingen worden genoemd.

Tabel 4.14 Belangrijkste verrichtingen DTF vergeleken met LIPZ 2002 ziekenfondsverzekerden in %

Verrichtingen	DTF (n=1.206)	LIPZ 2002
Manueel tweeegbrengen beweging	49,5	32,9
Manueel masseren	34,7	40,8
Manueel, niet gespecificeerd	2,9	3,6
Fysische verrichtingen	6,5	15,3
Individueel sturen en oefenen van functies	52,8	62,8
Individueel sturen en oefenen van vaardigheden	18,9	23,9
Groepsgewijs sturen en oefenen van functies	1,5	1,9
Groepsgewijs sturen en oefenen van vaardigheden	1,2	0,9
Begeleidende verrichtingen	68,7	27,7
Instrumentele verrichtingen	0,2	0,0
Hulpmiddelen	1,9	2,2
Overige verrichtingen	2,9	0,7

Zoals blijkt worden bij DTF patiënten de begeleidende verrichting zeer frequent (bijna 69%) genoemd, het betreft daarbij met name het informeren en adviseren van de patiënt. Bij de andere verrichtingen zijn de verschillen met het LIPZ veel minder opvallend. Verrichtingen die frequent worden uitgevoerd in het LIPZ komen ook bij DTF duidelijk naar voren.

4.8 Gebruik richtlijnen

Bij de start van het project DTF is overwogen om directe toegankelijkheid met name toe te spitsen op problemen waarvoor KNGF richtlijnen bestonden. Door CVZ is er voor gekozen om zo breed mogelijk ervaring op te doen met directe toegankelijkheid en de proefprojecten niet te beperken tot probleemgebieden waarvoor richtlijnen zijn opgesteld. Uit de registratie blijkt dat in de proefprojecten in 15% van de gevallen het gebruik van KNGF richtlijnen wordt genoemd, daarbij gaat het met name om de richtlijnen voor lage rugpijn (137 maal genoemd), acuut knieletsel en whiplash (elk 9 maal genoemd). Bij het LIPZ werd in 2002 bij ziekenfondspatiënten bij 8% van de gevallen gebruik gemaakt van een richtlijn. Bij DTF is dit dus aanzienlijk vaker het geval. Daarbij kan uiteraard een rol spelen dat de KNGF in 2003 veel aandacht heeft besteed aan de implementatie van de richtlijnen.

4.9 Einde behandeling

De stand van zaken wat betreft de reden van beëindiging van de behandeling van de pilot DTF wordt in tabel 4.15 weergegeven.

Tabel 4.15 Stand van zaken bij beëindiging DTF behandeling

	Aantal	%
Behandeling nog niet beëindigd	170	12,0
Patiënt uitbehandeld, behandeldoel bereikt	832	58,8
FT heeft behandeling gestopt	87	6,1
Patiënt is op eigen initiatief gestopt	48	3,4
Eénmalig onderzoek	114	8,1
Overig	44	3,1
Onbekend	121	8,5
Totaal	1.416	100,0

Zoals blijkt is in 12% van de gevallen de behandeling nog niet beëindigd. Vanwege de afsluiting van het project zijn de registratieformulieren wel verzameld, maar zoals al eerder gemeld zijn deze patiënten niet meegeteld bij het berekenen van het gemiddeld aantal zittingen.

Het bereiken van het behandeldoel wordt in tabel 4.16 in beeld gebracht.

Tabel 4.16 Het bereiken van het behandeldoel DTF in vergelijking met LIPZ 2002

	Aantal	%	LIPZ 2002
Behandeldoelen zijn niet bereikt	43	3,0	6,1
Behandeldoelen zijn enigszins bereikt	59	4,2	5,2
Behandeldoelen zijn voor de helft bereikt	30	2,1	6,2
Behandeldoelen zijn voor driekwart bereikt	187	13,2	21,5
Behandeldoelen zijn volledig bereikt	692	48,9	58,0
Onbekend	405	28,6	3,0
	1.416	100,0	100,0

Zoals blijkt is bij de DTF patiënten in bijna de helft van de gevallen het behandeldoel volledig bereikt. Bij het LIPZ betreft dit een hoger percentage, echter indien gecorrigeerd wordt voor het hogere aantal waarvan het bereiken van het einddoel (nog) niet bekend is, dan is het percentage waarbij het einddoel wel volledig is bereikt bij DTF bijna 70%.

4.10 Conclusies

De belangrijkste conclusies vanuit de intake, registratie en ontslagformulieren worden hieronder puntsgewijs samengevat.

- Patiënten die gebruik maken van DTF zijn wat betreft het profiel goed vergelijkbaar met de patiënten die zijn opgenomen in de LIPZ (2002). Jongere patiënten en patiënten met een hogere opleiding lijken wat eerder gebruik te maken van DTF.
- Het gemiddeld aantal zittingen bij DTF bedraagt 5,9 en bij LIPZ 11,5.
- Bij DTF wordt aanzienlijk vaker een kortdurende behandeling gegeven en vormt het geven van voorlichting en adviezen een belangrijk aspect.
- Er zijn maar weinig mensen bij wie de fysiotherapeut de conclusie trekt dat fysiotherapie niet is geïndiceerd.

5 Ervaringen van de patiënten

5.1 Inleiding

Als onderdeel van de evaluatie zijn de patiënten die gebruik hebben gemaakt van de gelegenheid om zonder verwijzing naar de fysiotherapie te gaan telefonisch of schriftelijk geïnterviewd om inzicht te krijgen in hun ervaringen. Aan elk van de patiënten is bij beëindiging van de behandeling gevraagd of zij in het kader van het proefproject mogen worden benaderd voor het inwinnen van nadere informatie (informed consent). De meeste patiënten die een of meerdere behandelingen kregen zijn schriftelijk benaderd en enkelen werden voor de tussenrapportage telefonisch benaderd. De overige patiënten (geen behandeling, verwezen naar collega's binnen of buiten de proeflocatie of eerst aanvullende informatie huisarts) zijn telefonisch benaderd. In totaal hebben er 576 patiënten aan het onderzoek meegewerkt. Telefonisch werden 203 bereikt. Schriftelijk hebben 33 patiënten met één behandeling en 340 patiënten met meerdere behandelingen meegewerkt. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met patiënten van alle proeflocaties gezamenlijk weergegeven.

5.2 Vervolgbehandeling na eerste zitting

Allereerst is ingegaan op de aard van de vervolgbehandeling bij de eerste zitting over de patiënten die zijn geïnterviewd. In tabel 5.1 wordt de informatie van de fysiotherapeuten (zie tabel 4.2 in hoofdstuk 4) vergeleken met de informatie over de patiënteninterviews.

Tabel 5.1 Vervolg na intake; vergelijking administratie fysiotherapie en patiënten interviews

Traject na intake	administratie fysiotherapie		interviews patiënten	
	aantal	%	aantal	%
Fysiotherapie niet geïndiceerd, geen verwijzing naar anderen	41	2,9	19	3,4
Fysiotherapie niet geïndiceerd, terug naar huisarts	31	2,2	7	1,3
Fysiotherapie is geïndiceerd, blijft beperkt tot 1 zitting	168	11,9	80	14,3
Fysiotherapie is geïndiceerd, eerst aanvullende informatie van de huisarts	23	1,6	7	1,3
Fysiotherapie is geïndiceerd, verwijzing naar collega binnen proeflocatie	109	7,7	24	4,3
Fysiotherapie is geïndiceerd, verwijzing naar collega buiten proeflocatie	5	0,4	2	0,4
Fysiotherapeutische behandeling wordt gestart	1.030	72,7	413	74,0
Anders	9	0,7	6	1,1
Missing			18	
Totaal	1.416	100,0	576	100,0

Zoals uit de tabel blijkt zijn de percentages patiënten die zijn geïnterviewd vergelijkbaar met de percentages patiënten waarvan de registratieformulieren zijn ingevoerd. Het

totaal aantal patiënten dat heeft meegewerkt bedraagt 576 (40,6% van de patiënten van wie de registratiegegevens beschikbaar zijn). Van de mensen die schriftelijk zijn benaderd heeft 75% aan het onderzoek meegewerkt. Bij het telefonisch benaderen vormde de bereikbaarheid over het algemeen het grootste probleem, mensen die werden bereikt werkten over het algemeen aan het telefonische interview mee.

5.3 Bekendheid directe toegankelijkheid

Van de patiënten geeft 67% aan ervan op de hoogte te zijn geweest dat zij zonder verwijzing naar de fysiotherapeut konden. In tabel 5.2 worden de meest (eerstgenoemde) genoemde bronnen vermeld in vergelijking met de gegevens uit de tussenrapportage.

Tabel 5.2 Bronnen via welke DTF bij de patiënten bekend is in vergelijking met de resultaten van de situatie van medio 2003 in percentages

	eindrapportage	tussenrapportage
Krant	18,4	7
Vrienden/kennissen	12,9	17
Huisarts	12,6	21
Nederlandse folder	12,3	12
Poster	11,3	
Dokters-/praktijk assistente	10,5	24
Nieuwsbrief	10,2	12
Fysiotherapeut	8,1	5
Zorgverzekeraar of ziekenfonds	0,8	
Anders	2,9	

Zoals blijkt spelen in de eerste helft van het pilot jaar bij de informatie voorziening naar de patiënt de dokters-/praktijk assistente en de huisarts een belangrijke rol. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat tijdens de tussenrapportage het aantal patiënten met één of een relatief korte behandelperiode oververtegenwoordigd waren. In de tweede helft van het jaar is de huisarts (assistente) minder belangrijk en haalden veel patiënten ook informatie uit de krant (met name in Leek) en van de poster.

Op vijf uitzonderingen na vinden alle patiënten die van de directe toegankelijkheid op de hoogte waren de informatie helder. Als de informatie niet helder werd gevonden ging dit met name om de beknoptheid van de informatie en de onbekendheid van de voorwaarden voor DTF.

5.4 Bereikbaarheid / toegankelijkheid fysiotherapie

De tevredenheid met de bereikbaarheid van de fysiotherapeut wordt in tabel 5.3 weergegeven.

Tabel 5.3 Tevredenheid van de patiënten met de bereikbaarheid van de fysiotherapeut

	Aantal	%
Tevreden	530	98,0
Ontevreden	11	2,0
Totaal	541	100,0

Zoals blijkt is 98% van de patiënten tevreden met de bereikbaarheid van de fysiotherapeut. Vervolgens is aan de patiënten de vraag voorgelegd hoe snel men na het eerste (telefonische) contact terecht kon.

In tabel 5.4 worden deze cijfers weergegeven.

Tabel 5.4 Snelheid waarmee patiënten bij de fysiotherapeut terecht konden

	Aantal	%
Gelijk	27	5,0
Dezelfde dag	43	8,0
De volgende dag	107	19,8
Binnen 1 week	303	56,1
Na een week	60	11,1
Totaal	540	100,0

Zoals blijkt kon 89% van de patiënten binnen een week bij de fysiotherapeut terecht.

5.5 Keuzevrijheid van de patiënten

In de helft van de gevallen kon de patiënt zelf aangeven door welke fysiotherapeut hij behandeld wenste te worden. In de overige gevallen was dat niet van toepassing of is dat niet expliciet aan de orde gesteld. Door de aard van het project was de keuze van de patiënten voor een fysiotherapeut beperkt tot de fysiotherapeuten die aan het project deelnamen. Aan de patiënten is de vraag voorgelegd of men dit als een probleem heeft ervaren. Van de patiënten vonden er 50 (9,2%) dat men onvoldoende keuzevrijheid had. Een flink aantal patiënten (123; 22,7%) was het niet voldoende duidelijk waarom de directe toegankelijkheid alleen voor bepaalde fysiotherapeuten gold. Van de patiënten geeft 24% aan dat zij door een andere fysiotherapeut zijn behandeld dan waardoor zij normaal zouden zijn behandeld.

Aan de patiënten is de vraag voorgelegd wat zij hadden gedaan als zij **niet** zonder verwijzing van de huisarts direct naar de fysiotherapeut hadden kunnen gaan. Het traject zoals dat er naar de mening van de patiënten zou hebben uitgezien zonder verwijzing wordt in tabel 5.5 weergegeven.

Tabel 5.5 Het traject van de patiënten zonder directe toegankelijkheid

	Aantal	%
Gelijk naar fysiotherapeut	49	9,0
Eerst naar de huisarts	187	34,4
Eerst naar huisarts voor verwijsbrief	252	46,4
Wachten	35	6,4
Anders	20	3,7
Totaal	543	100,0

Zoals blijkt zou ruim 80% bij het ontbreken van directe toegankelijkheid eerst naar de huisarts zijn gegaan, waarbij bijna de helft van de patiënten aangeeft uitdrukkelijk voor een verwijsbrief naar de huisarts te gaan.

Slechts weinig mensen wachten af.

Op beperkte schaal (op de beide locaties in Haarlem) is ook informatie beschikbaar over patiënten die via de praktijkassistenten van een groepspraktijk de vraag kregen voorgelegd om al dan niet direct naar de fysiotherapeut te gaan. Door de

praktijkassistente is de keus geregistreerd die de patiënten maakten nadat de praktijkassistente de mogelijkheid voorlegde gelijk naar de fysiotherapeut te gaan. Dit werd alleen gedaan bij patiënten die met klachten aan het bewegingsapparaat kwamen of direct vroegen om een verwijzing naar de fysiotherapeut.

De keuze van de patiënten wordt in tabel 5.6 in beeld gebracht.

Tabel 5.6 Keuze van patiënten voor huisarts of fysiotherapeut

	Aantal	%
Eerst naar de huisarts	44	57,1
Direct naar de fysiotherapeut	33	42,9
Totaal	77	100,0

Zoals blijkt kiest meer dan de helft van de patiënten er toch voor om eerst naar de huisarts te gaan. Opgemerkt kan daarbij worden dat ook patiënten die niet in aanmerking kwamen voor DTF graag gebruik wensten te maken van de mogelijkheid van directe toegankelijkheid, met name particuliere patiënten worden hierbij door de praktijkassistenten genoemd.

5.6 Tevredenheid van de patiënt over het vervolg na eerste contact

In tegenstelling tot wat veelal gebruikelijk is maakt de fysiotherapeut na het eerste contact een afweging of fysiotherapeutische behandeling geïndiceerd is. Bij de start van het project speelde met name de vraag hoe de patiënten erop zouden reageren als geconcludeerd zou moeten worden dat geen verdere behandeling zou worden gegeven. In tabel 5.7 wordt dit in beeld gebracht.

Tabel 5.7 Tevredenheid van de patiënt met de beslissing van de fysiotherapeut over de vervolgbehandeling

	Aantal	%
Tevreden	361	97,6
Niet tevreden	9	2,4
Totaal	470	100,0

Uit de antwoorden van de patiënten blijkt dat 98% tevreden is met het besluit van de fysiotherapeut over de vervolgbehandeling. Over het algemeen kunnen de patiënten zich dus prima in het besluit van de fysiotherapeut vinden. Genoemd werd onder meer: goed besluit van de fysiotherapeut, goede diagnose, in overeenstemming met de mening van een andere fysiotherapeut, behandeling zou weinig verbetering opleveren.

Ook van de patiënten voor wie het contact beperkt bleef tot een behandeling blijkt dat circa 90% van de patiënten zich met dat besluit van de fysiotherapeut kan verenigen. Uit de toelichtingen op de antwoorden blijkt dat de patiënten zich al vaak goed behandeld voelden door het advies dat zij mee kregen. Slechts enkele patiënten geven aan prijs te hebben gesteld op meerdere behandelingen. Drie patiënten is het niet duidelijk waarom de behandeling beperkt is gebleven tot het eerste contact.

Ook de patiënten voor wie een behandeling is gestart zijn op een enkele uitzondering na tevreden met de behandeling.

5.7 Doelmatigheid en doeltreffendheid DTF

Een van de onderzoeksvragen is of DTF bijdraagt aan een doelmatige zorg en een snel herstel van de klachten. Deze vraag is vanuit registraties e.d. moeilijk te beantwoorden, daarom is gevraagd naar de mening van de patiënten hierover.

De antwoorden op de vraag worden in tabel 5.8 weergegeven.

Tabel 5.8 Mening van de patiënten over een mogelijke invloed van DTF op herstel klachten

	Aantal	%
Ja	345	63,8
Misschien	71	13,1
Geen idee	33	6,1
Nee	92	17,0
Totaal	541	100,0

Van de patiënten is 64% van mening dat het feit dat zij direct naar de fysiotherapeut konden gaan van invloed is geweest op het herstel van de klachten. De overigen geven aan daar geen idee over te hebben (12%), erover te twijfelen (13%) of dat de directe toegankelijkheid niet van invloed is geweest op het herstel (15%).

Zoals blijkt uit tabel 5.9 draagt DTF in de ogen van de patiënten positief bij aan het herstel.

Tabel 5.9 Mening van de patiënten over een positieve of negatieve invloed DTF op het herstel van de klachten

	Aantal	%
Positief	373	94,9
Negatief	3	0,8
Weet niet	17	4,3
Totaal	393	100,0

5.8 Bejegening en tevredenheid

Slechts 1% van de patiënten is ontevreden over de bejegening door de fysiotherapeut. Het percentage patiënten dat niet tevreden is met het resultaat van de behandeling bedraagt 7%. De antwoorden op de vragen over de tevredenheid worden in tabel 5.10 gepresenteerd.

Tabel 5.10 Tevredenheid van de patiënten DTF met de bejegening door de fysiotherapeut en het resultaat van de behandeling

	Bejegening		Resultaat behandeling	
	Aantal	%	Aantal	%
Ja tevreden	522	96,1	427	83,4
Niet tevreden / niet ontevreden	15	2,8	47	9,2
Ontevreden	6	1,1	38	7,4
Totaal	543	100,0	512	100,0

Bij de toelichtingen over de ontevredenheid over de bejegening wordt enkele keren het feit genoemd dat de behandeling beperkt bleef tot advies en oefeningen.

Ontevredenheid over het resultaat van de behandeling komt over het algemeen voort uit het feit dat de behandeling (nog) onvoldoende heeft geholpen om het probleem (klacht) op te lossen.

Uit de registratie blijkt overigens eveneens dat in een aantal gevallen (zie tabel 4.16) ook in de ogen van de fysiotherapeut de behandeling (nog) niet het gewenste resultaat heeft bereikt.

Zoals uit tabel 5.11 blijkt is slechts 2,6% van de patiënten ontevreden over DTF.

Tabel 5.11 Tevredenheid van de patiënten over DTF

	Aantal	%
Tevreden	507	94,2
Niet tevreden / niet ontevreden	17	3,2
Ontevreden	14	2,6
Totaal	538	100,0

De patiënten is eveneens de vraag voorgelegd hoe zij zouden handelen bij nieuwe klachten. In tabel 5.12 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 5.12 Handelen patiënten bij nieuwe klachten

	Aantal	%
Direct naar de fysiotherapeut	384	70,7
Eerst naar de huisarts	57	10,5
Afhankelijk van klacht	102	18,8
Totaal	543	100,0

Zoals blijkt geeft rond de 70% van de patiënten aan weer gebruik te maken van DTF, 10% geeft aan eerst naar de huisarts te gaan en 19% geeft aan dat dit afhangt van de klacht. Het is voor patiënten belangrijk dat er een keuzemogelijkheid blijft bestaan en dat zij desgewenst eerst de huisarts kunnen consulteren.

Op basis van de open antwoorden van de patiënten met wie telefonische interviews zijn gehouden is een aantal uitspraken geformuleerd die in de schriftelijke enquêtes aan de patiënten zijn voorgelegd. In onderstaande tabel 5.13 worden de antwoorden op deze uitspraken weergegeven.

Tabel 5.13 Mening van de patiënten over een aantal uitspraken over DTF

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk oneens	Totaal
Het bezoeken van de fysiotherapeut zonder verwijzing:						
werkt sneller	57,3	37,0	4,9	0,5	0,3	100,0
makkelijker voor patiënt	56,3	39,9	3,8	0,0	0,0	100,0
geen administratieve rompslomp	47,7	35,8	15,4	0,5	0,5	100,0
mogelijkheid goed advies	38,5	45,3	13,5	2,2	0,5	100,0
toekomst voor iedereen	52,8	36,1	7,8	2,7	0,5	100,0
risico iets over het hoofd zien	3,8	23,4	37,8	28,8	6,3	100,0

Zoals blijkt zijn de patiënten het in belangrijke mate eens met de stellingen dat DTF:

- Makkelijker is (96%);
- Sneller werkt (95%);
- Minder administratieve rompslomp geeft (84%);
- Mogelijkheid biedt voor een goed advies (84%).

De conclusie van de patiënten is dan ook in overgrote meerderheid dat DTF in de toekomst voor iedereen tot de mogelijkheden zou moeten horen (89%).

De patiënten zien echter desgevraagd ook de mogelijke keerzijde van de medaille. De fysiotherapeut dient wel duidelijk de grenzen van de eigen deskundigheid te kennen. De meningen over het risico dat de fysiotherapeut iets over het hoofd ziet zijn sterk gespreid.

5.9 Conclusies

De conclusies uit het onderzoek onder patiënten over DTF zijn:

- Patiënten zijn praktisch unaniem tevreden over de mogelijkheid van DTF
- Een deel van de patiënten geeft aan dat keuzevrijheid dient te blijven bestaan om ervoor te kiezen eerst de huisarts te consulteren
- Ook dient er een zekere keuzevrijheid te bestaan in de keuze van de fysiotherapeuten (hetgeen door het project beperkt was)
- Naar de mening van de patiënten slagen de fysiotherapeuten er goed in het hoe en waarom van de behandeling toe te lichten
- Patiënten ervaren DTF als doelmatig en doeltreffend
- Patiënten ervaren DTF als snel, makkelijk, weinig rompslomp en goede kwaliteit

6 Ervaring van fysiotherapeuten en huisartsen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan over de ervaringen van de deelnemende fysiotherapeuten en huisartsen met de proefprojecten DTF.

Om de in het pilot jaar opgedane ervaringen zo goed mogelijk te kunnen registreren en compleet weer te geven is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- verslagen van bijeenkomsten met huisartsen, fysiotherapeuten en TNO gedurende het pilot jaar op de diverse proeflocaties;
- eindevaluatie vragenlijsten ingevuld door betrokken huisartsen (n=35) en fysiotherapeuten (n=54);
- aanvullende informatie uit groepsinterviews voor eindevaluatie met huisartsen en fysiotherapeuten op de diverse proeflocaties.

De ervaringen gedurende het pilot jaar zijn gegroepeerd en worden weergegeven in de volgende hoofdrubrieken: samenwerking, vakinhoudelijk, doeltreffendheid, doelmatigheid, patiënten informatie, organisatie van DTF, indicatie fysiotherapie, patiënten categorieën en visie op de toekomst. De informatie wordt echter voorafgegaan door een korte schets van de motivatie en verwachtingen van de deelnemers bij de start van het project.

6.2 Motivatie, verwachtingen bij aanvang van de pilot

Bij de evaluatie van het project spelen uiteraard de verwachtingen en motivaties van de deelnemers bij de start een rol. Daarom worden deze eerst geschetst.

6.2.1 *Fysiotherapeuten*

De fysiotherapeuten zijn allen sterk gemotiveerd om aan het project directe toegankelijkheid mee te werken.

De motivatie komt in hoofdzaak voort uit de volgende drie overwegingen:

- erkenning van de professionaliteit van de fysiotherapie;
- impuls voor vernieuwing binnen de eerste lijn;
- inhoud geven aan het vraag- en patiëntgericht werken.

Daarnaast worden in wisselende mate de volgende overwegingen genoemd: vermindering van onnodige administratieve last, ontlasting van de huisartsen, verbetering van de indicatiestelling fysiotherapie.

De verwachting is dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van de fysiotherapie (licht) zal stijgen. Wel zijn er grote verschillen in de mate waarin een dergelijke stijging wordt verwacht.

6.2.2 *Huisartsen*

Hoewel uiteraard alle huisartsen met de start van de proefprojecten akkoord zijn gegaan, bestaat er onder de huisartsen de nodige scepsis over de meerwaarde van directe toegankelijkheid van de fysiotherapie. In wisselende mate worden de door de fysiotherapie naar voren gebrachte aspecten zoals erkenning van de professionaliteit, impuls voor vernieuwing en vraag- en patiëntgericht werken door de huisartsen onderschreven. Ook is er een aantal huisartsen dat aangeeft akkoord te zijn gegaan met het proefproject uitdrukkelijk omdat het een proef betreft waarbij uit de praktijk moet blijken of aan de verwachtingen zal worden voldaan.

6.3 Samenwerking fysiotherapeuten - huisartsen

De mening van de fysiotherapeuten en huisartsen over de samenwerking wordt in tabel 6.1 weergegeven.

Tabel 6.1 Mening fysiotherapeuten en huisartsen over de samenwerking in percentages (sterk) mee eens

	Fysiotherapeuten	Huisartsen
Frequentie gestructureerd overleg is toegenomen	7,4	20,0
Frequentie ad hoc overleg is toegenomen	38,9	28,6
Kwaliteit van het overleg is verbeterd	24,1	14,3
Aantal onderwerpen is verbreed	34,0	20,0
Overleg is concreter geworden	18,5	17,2
Informatieverstrekking is verbeterd	11,1	31,4
Inzicht in het werk van de ander is toegenomen	40,7	25,7
Inzicht in eigen werk door de ander is toegenomen	22,2	9,7
Betere basis ontstaan voor wederzijdse afstemming taken	43,4	20,0
Verwijzing verbeterd	7,4	--

Uit de eindvragenlijst blijkt dat 39% van de fysiotherapeuten van mening is dat het ad hoc overleg met de huisartsen is toegenomen. Van de huisartsen is circa een kwart van mening dat het (gestructureerd en ad hoc) overleg is toegenomen. Uit een toelichting tijdens de groeps gesprekken komt daarnaast naar voren dat in de proeflocaties de samenwerking over het algemeen al vrij goed was. De bestaande samenwerking vormde veelal de basis om het proefproject te kunnen starten.

De meeste huisartsen vinden niet dat ze meer inzicht in de werkzaamheden van de fysiotherapeut gekregen hebben. Enkele huisartsen melden weer wat bewuster na te denken over fysiotherapie en meer inzicht in het werk van de fysiotherapeut te hebben. De informatie verstrekking door de fysiotherapeut over de patiënten is volgens eenderde van de huisartsen verbeterd. De fysiotherapeuten vinden niet dat de verwijzingen van niet DTF patiënten door de huisartsen inhoudelijk verbeterd zijn.

De mening over de samenwerking met collega's binnen en buiten de praktijk wordt weergegeven in tabel 6.2.

Tabel 6.2 De mening van fysiotherapeuten over de samenwerking met collega's binnen en buiten de praktijk (in percentages (sterk) mee eens)

	Binnen eigen praktijk	Buiten eigen praktijk
Frequentie gestructureerd overleg toegenomen	14,8	13,0
Frequentie ad hoc overleg toegenomen	38,9	74,1
Kwaliteit van het overleg verbeterd	16,7	81,5

Wat betreft samenwerking met collega's binnen en buiten de praktijk meldt een deel van de fysiotherapeuten dat de frequentie van ad hoc overleg toegenomen is en dat de kwaliteit van het overleg met collega's buiten de praktijk is verbeterd. In de groepsinterviews wordt meerdere keren opgemerkt dat de pilot een positieve bijdrage heeft geleverd aan de onderlinge communicatie tussen de fysiotherapeuten in de diverse locaties. De verbetering van de communicatie tussen de fysiotherapeuten is, zo lijkt het, sterk verbonden aan het feit dat gezamenlijk wordt meegewerkt aan het **project** DTF en niet zozeer aan DTF als zodanig.

6.4 Vakinhoudelijk

De mening van de fysiotherapeuten over enige vakinhoudelijke zaken wordt in tabel 6.3 weergegeven, de mening van de huisartsen in tabel 6.4.

Tabel 6.3 Mening van de fysiotherapeuten over enkele vakinhoudelijke zaken in % (sterk) mee eens

Door DTF wordt:	%
Het werkterrein van de fysiotherapeut verbreed	74,1
Het werk van de fysiotherapeut aantrekkelijker	81,5
De verantwoordelijkheid voor de fysiotherapeut groter	90,7
Het bewustzijn aangescherpt over red en yellow flags	90,7

Tabel 6.4 Mening van de huisartsen over enkele vakinhoudelijke zaken in % (sterk) mee eens

Door DTF wordt:	%
Het werkterrein van de huisartsen versmald	17,2
Het werk van de huisarts minder aantrekkelijk	5,7
De werkdruk van de huisarts verminderd	20,0
Het risico dat fysiotherapeuten pathologie missen groter	14,3
De patiënten sneller door fysiotherapeuten in behandeling genomen	45,7

Zoals uit tabel 6.3 blijkt is driekwart van de fysiotherapeuten is van mening dat hun werkterrein verbreed is en is ruim 80% van mening dat het werk van de fysiotherapeut aantrekkelijker is. 90% van de fysiotherapeuten ervaart een grotere verantwoordelijkheid. Een aantal fysiotherapeuten zegt echter ook dat er vakinhoudelijk eigenlijk niets is veranderd. Men werkt eigenlijk hetzelfde als voorheen.

Het bewustzijn over het bestaan van red en yellow flags is naar de mening van 90% van de fysiotherapeuten door het project aangescherpt. Patiënten worden kritischer bekeken, flags zijn gesignaleerd zoals normaal en dit leverde geen problemen op. De meeste huisartsen denken niet dat het risico dat fysiotherapeuten pathologie missen groter is geworden. Tijdens de pilot wordt hier ook geen melding van gemaakt. 'Er zijn geen gekke dingen gebeurd, alles is gladjes verlopen', 'Geen beren op de weg'.

Hoewel enkele huisartsen bij aanvang de angst hadden dat 'de krenten uit de pap gehaald zouden worden' geven zij in de eindvragenlijst aan dat hun werkterrein, over het algemeen, door directe toegankelijkheid niet versmalt of minder aantrekkelijk wordt.

Doordat op de meeste proeflocaties de toeloop van patiënten zonder verwijzing mee valt vermindert de werkdruk voor de huisartsen niet in die mate dat het voor hen merkbaar is.

De werkdruk die fysiotherapeuten ervaren is in een enkel geval iets hoger doordat de administratieve belasting omhoog gaat bij meer éénmalige contacten bij DTF.

De administratieve belasting kwam echter voor een deel voort uit het feit dat vanwege het proefproject systematisch gegevens bijgehouden dienden te worden.

Op de vraag of patiënten sneller door fysiotherapeuten in behandeling genomen worden door de directe toegankelijkheid antwoordt de helft van de huisartsen dat ze het daarmee eens zijn. Gedurende de pilot en tijdens de eindinterviews wordt echter door de

huisartsen wat gematigder gereageerd en geven zij op 6 van de 9 locaties aan dat ze het gevoerde beleid van de fysiotherapeuten kunnen onderschrijven. 'Wat we dachten dat de fysiotherapeuten kunnen, dat kunnen ze ook echt.' Zij vertrouwen DTF echter alleen toe aan fysiotherapeuten van wie zij de werkwijze kennen. De fysiotherapeuten zelf zeggen dat 'nee verkopen' en de patiënt dus meedelen dat hij geen behandeling krijgt toch lastiger is als gedacht. Het went in de loop van het jaar echter wel.

6.5 Doeltreffendheid

De mening van de fysiotherapeuten over de doeltreffendheid van DTF wordt in tabel 6.5 weergegeven.

Tabel 6.5 Mening van de fysiotherapeuten over de doeltreffendheid van DTF (in percentages sterk + redelijk van toepassing)

	Sterk + redelijk van toepassing
adequater behandeling	77,8
mogelijkheid om patiënten in vroeg stadium te adviseren	98,1
hoog percentage patiënten dat snel herstelt	87,0
hoog percentage patiënten dat dagelijkse activiteiten snel weer vervult	85,2

Met name de mogelijkheid om patiënten in een vroeg stadium advies te geven draagt volgens de fysiotherapeuten bij aan de doeltreffendheid (herstel, effect van hulp) van fysiotherapeutische hulp. Ook echter de andere in de tabel genoemde aspecten zoals adequater behandeling, snel herstel en snel kunnen vervullen van de dagelijkse activiteiten worden in belangrijke mate door de fysiotherapeuten onderschreven.

6.6 Doelmatigheid

Aan de fysiotherapeuten is eveneens een aantal uitspraken voorgelegd die de mening weergeven over de doelmatigheid van DTF. Deze uitspraken worden in tabel 6.6 weergegeven.

Tabel 6.6 Mening van de fysiotherapeuten over aspecten waarmee de doelmatigheid van DTF tot uiting komt in %

	Sterk + redelijk van toepassing
Relatief beperkt aantal behandelingen per patiënt	90,6
Sneller herstel van de patiënt	88,6
Vermindering van ziekteverzuim	88,9
Vermindering bureaucratie	69,2
Voorkomen overbodige bezoeken van patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat bij huisartsen	94,5

Zoals blijkt zijn de fysiotherapeuten in grote mate redelijk tot sterk overtuigd van de bijdrage aan doelmatigheid van: een beperkt aantal behandelingen per patiënt, een sneller herstel en vermindering van ziekteverzuim.

Het voorkomen van overbodige bezoeken van patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat bij huisartsen draagt volgens de fysiotherapeuten eveneens in belangrijke mate bij aan de doelmatigheid van fysiotherapeutische hulp. Ook de

vermindering van bureaucratie draagt hier, zij het minder frequent genoemd, in de ogen van bijna 70% van de fysiotherapeuten aan bij.

6.7 Patiënteninformatie

Zoals reeds eerder aan de orde is gekomen zijn diverse middelen ingezet om de patiënten te informeren over DTF. De meest gebruikte manieren om patiënten te informeren over DTF zijn in volgorde van de frequentie waarmee zij zijn genoemd:

- Folders;
- Posters;
- Huisartsen(assistenten);
- Fysiotherapeuten zelf;
- Publiciteit in eigen nieuwsblad;
- Publiciteit in de lokale pers (bij locaties die een gehele gemeente verzorgden).

Van de gebruikte kanalen om patiënten te informeren hadden praktijkassistenten en publiciteit in lokale media volgens de fysiotherapeuten het meeste effect. Weinig effect zagen zij van de folders voor allochtonen en informatie via internet. De huisartsen dachten dat folders, posters en informatie gegeven door huisarts(assistent) en fysiotherapeut met name effect hadden. Andere kanalen hadden volgens hen weinig effect. Uit het tevredenheids onderzoek onder de patiënten blijkt dat de meeste patiënten informatie haalden uit de krant. Hierna werden vrienden/kennissen, huisarts (assistent) folders/posters en nieuwsbrieven in gelijke mate genoemd.

6.8 Organisatie van DTF

Om DTF patiënten in te plannen werkten alle fysiotherapeuten via het maken van afspraken, zoals ook patiënten die wel via verwijzing kwamen gewoonlijk worden gepland.

Eén praktijk hield daarnaast twee keer per week een open spreekuur dat overigens ook al voor de pilot gehouden werd. De duur van het open spreekuur varieerde van 20 minuten tot ruim een uur per keer.

In de onderstaande tabel wordt weergegeven op welke termijn patiënten terecht konden bij de fysiotherapeut.

Tabel 6.7 Termijn waarbinnen de patiënten terecht konden (zouden moeten kunnen volgens de huisartsen) in %

	Fysiotherapeuten	Huisartsen
Binnen 24 uur	31,5	8,8
Binnen 3 dagen	51,9	61,8
Binnen 7 dagen	16,7	26,5
Binnen 14 dagen	0,0	2,9
Langer dan 14 dagen	0,0	0,0

Zowel de meeste huisartsen als fysiotherapeuten vinden dat patiënten die zonder verwijzing komen binnen drie dagen terecht moeten kunnen. Eenderde van de fysiotherapeuten wil de patiënten zelfs binnen 24 uur zien. Een kwart van de huisartsen vindt binnen 7 dagen een afspraak voldoende. Driekwart van de fysiotherapeuten zegt dat voor DTF patiënten gelijke termijnen gelden als voor patiënten die met verwijzing een afspraak maken.

De meeste fysiotherapeuten gebruikten geen extra **vragenformulier bij intake** voor een specifieke risicoanalyse, wel ging 80% van de fysiotherapeuten (méér) systematisch in op het signaleren van red en yellow flags.

De overgrote meerderheid van de huisartsen (86%) vinden niet dat fysiotherapeuten 24 uur per dag bereikbaar hoeven te zijn en vinden dat zij voldoende geïnformeerd worden door de fysiotherapeuten door intake- en eindverslagen.

De fysiotherapeuten hadden doorgaans voldoende informatie met betrekking tot ziektegeschiedenis en medicijngebruik.

Naar de mening van de fysiotherapeuten en de huisartsen kan een doktersassistente prima ingeschakeld worden voor het wijzen van patiënten op de mogelijkheid van DTF (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Mening van fysiotherapeuten en huisartsen over het verantwoord wijzen van de patiënten op DTF door een doktersassistente in %

	Fysiotherapeut	Huisarts
Ja	86,5	60,0
Twijfel	13,5	28,6
Nee	0,0	11,4
Totaal	100,0	100,0

6.9 Indicatie fysiotherapie

De mening van de fysiotherapeuten en huisartsen over de vraag of fysiotherapeuten verantwoord in staat zijn zelfstandig de indicatie fysiotherapie te stellen wordt weergegeven in tabel 6.9.

Tabel 6.9 Mening van fysiotherapeuten en huisartsen over het verantwoord stellen van de indicatie fysiotherapie door de fysiotherapeut in %

	Fysiotherapeut	Huisarts
Ja	90,7	74,3
Twijfel	9,3	22,9
Nee	0,0	2,9
Totaal	100,0	100,0

Zoals blijkt is er slechts een deelnemer aan de proefprojecten van mening dat fysiotherapeuten niet in staat zijn verantwoord de indicatie fysiotherapie te stellen. 90% van de fysiotherapeuten en 75% van de huisartsen vinden dat fysiotherapeuten in staat zijn zelfstandig verantwoord de indicatie wel of geen fysiotherapie te stellen. De overigen speken hierover enige twijfel uit.

Een van de fysiotherapeuten: ‘het is leuk om op een andere manier te kijken. Vroeger ging je bijna automatisch behandelen als een patiënt via de huisarts bij je kwam. Nu kijk je veel kritischer en wordt er beter nagedacht of behandelen wel geïndiceerd is.’

De mening van fysiotherapeuten over de tijd die nodig is voor het stellen van de indicatie fysiotherapie (nog geen fysiotherapeutische diagnose) wordt in tabel 6.10 weergegeven.

Tabel 6.10 Naar de mening van fysiotherapeuten en huisartsen noodzakelijke tijd voor het stellen van de indicatie fysiotherapie in %

	Fysiotherapeuten	Huisartsen
10 minuten	13,0	30,3
25-30 minuten	75,9	63,6
60 minuten	1,9	3,0
Anders nl	9,3 (15, 20, 45 min)	3,0 (15 min)

Bij het invullen van de eindvragenlijst zegt driekwart van de fysiotherapeuten en 65% van de huisartsen dat er 25-30 minuten nodig zijn voor het stellen van de indicatie fysiotherapie. Volgens 13% van de fysiotherapeuten en 30% van de huisartsen is 10 minuten voldoende.

Tijdens de eindinterviews komt naar voren dat de meeste huisartsen en fysiotherapeuten vinden dat de hele 1^e zitting (niet alleen de indicatiestelling) langer dan 10 tot 15 minuten moet duren. Eén fysiotherapeut deelt de 1^e zitting als volgt in: 10/15 minuten indicatiestelling, 10/15 minuten fysiotherapeutische diagnose stellen, 10/15 minuten administratie. Een eerste zitting duurt langer dan 10 tot 15 minuten omdat ook uitleg, advisering en administratie behoren tot een goede zorg. Eén van de huisartsen meent dat een 10 minuten intake geen goed idee is omdat een 25/30 minuten durende 1^e zitting een meerwaarde heeft door het wegvangen voor de tweede lijn is (X-foto's, specialisten bezoek etc.) Daar tegenover staat weer dat sommige fysiotherapeuten denken dat zij, net zo goed als de huisarts, heel goed een eerste intake van 15 minuten kunnen doen. In Hoofddorp waar de ervaring met een open spreekuur al langer draait is de beschikbare tijd per patiënt afhankelijk van het aantal patiënten dat zich meldt. Goede voorlichting van de patiënten is van groot belang zodat zij weten wat zij kunnen verwachten van zo'n eerste zitting.

6.10 Patiëntencategorieën

Een van de vragen bij de start van het project is of voor DTF gekozen zou moeten worden voor specifieke categorieën patiënten. Deze vraag is op de proeflocaties aan de orde gesteld.

Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt dat ruim 75% van de fysiotherapeuten van mening is dat in principe voor alle categorieën patiënten DTF zou moeten gelden. Fysiotherapeuten die kiezen voor bepaalde categorieën patiënten kiezen daarbij met name voor: acute klachten door sport, recidiverende klachten, klachten bij bekende patiënten en klachten waarvoor richtlijnen bestaan. De huisartsen vinden dat met name werkende -, jongere - en hoog opgeleide patiënten in aanmerking komen.

Eenderde van de fysiotherapeuten geeft categorieën patiënten en klachten aan die relatief vaak problemen opleverden. Dit betreft de allochtonen, psychiatrische patiënten en in enkele gevallen complexe chronische klachten.

6.11 Toekomstperspectief

Aan zowel de fysiotherapeuten als de huisartsen is de vraag voorgelegd of DTF in de toekomst zou moeten worden ingevoerd (tabel 6.11).

Tabel 6.11 Mening van de fysiotherapeuten over het implementeren van DTF per 01-01-2004 in %

	Fysiotherapeuten	Huisartsen
Ja	81,5	65,7
Twijfel	13,0	14,3
Nee	5,6	20,0

Zoals blijkt zijn de meeste fysiotherapeuten en ook een groot deel van de huisartsen van mening dat met ingang van 1 januari 2004 de mogelijkheid moet worden gegeven tot DTF. 95% van de fysiotherapeuten en 77% van de huisartsen zou zelf gebruik maken van de mogelijkheid om patiënten DTF te bieden.

Naar de mening van de fysiotherapeuten zouden niet alle fysiotherapeuten zonder meer bevoegd moeten zijn tot DTF. De fysiotherapeuten noemen overwegend de volgende voorwaarden:

- werkervaring (hierbij wordt 5 jaar het meest genoemd);
- het volgen van een cursus DTF;
- registratie in het centraal kwaliteitsregister van het KNGF.

Huisartsen onderschrijven in meerderheid deze voorwaarden.

Sommige fysiotherapeuten spraken hun zorg uit over shoppende patiënten bij landelijke implementatie van DTF. Tijdens de pilot was dit redelijk onder controle maar bij implementatie op grote schaal is controle moeilijk uit te voeren. Andere reageerden hierop dat zij zich niet zo'n zorgen maakten omdat echte shoppers toch altijd wel ergens aan de bak komen.

Tijdens vrijwel alle eindinterviews kwam aan de orde dat de volgende zaken van belang zijn voor een succesvolle implementatie van DTF:

- een goede (afstemming van) samenwerking (niet perse in een gezondheidscentrum);
- wederzijds vertrouwen tussen huisartsen en fysiotherapeuten;
- goede voorlichting van patiënten;
- verbeterde informatie-uitwisseling (bij voorkeur elektronisch) in de gezondheidszorg.

6.12 Conclusies

Op basis van de informatie van fysiotherapeuten en huisartsen van de deelnemende praktijken kunnen de volgende slotconclusies worden getrokken.

- Een goede samenwerking en afstemming tussen huisartsen en fysiotherapeuten is essentieel voor het slagen van DTF.
- Het werk van de fysiotherapeut wordt voor veel fysiotherapeuten door DTF aantrekkelijker.
- De vermindering van de werklast van huisartsen vermindert niet zo sterk dat dit voor de huisarts direct merkbaar is.
- Fysiotherapeuten zijn uitstekend in staat zelfstandig een indicatie fysiotherapie te stellen.

- In de proefprojecten zijn geen essentiële zaken (pathologie) gemist door de fysiotherapeuten.
- Alle patiëntencategorieën en hulpvragen komen in aanmerking voor DTF. Speciale aandacht is nodig voor allochtonen en psychiatrische patiënten en complexe chronische aandoeningen.
- Fysiotherapeuten besteden door DTF meer systematisch aandacht aan het signaleren van red en yellow flags.
- Vanuit de deelnemende fysiotherapeuten en huisartsen wordt de landelijke implementatie van DTF ondersteund.
- Deelnemende fysiotherapeuten en huisartsen zijn van mening dat fysiotherapeuten die in aanmerking willen komen voor uitvoering van DTF dienen te voldoen aan eisen wat betreft: werkervaring, scholing, kwaliteitsregister van het KNGF en samenwerking.

7 Slotconclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de door CVZ gestelde hoofdvragen voor het onderzoek en op de vragen die in overleg met de Begeleidingscommissie Beleidsondersteunend Onderzoek Eerste LijnsZorg (BBO-ELZ) van CVZ zijn geformuleerd.

De hoofdvragen die door CVZ zijn geformuleerd zullen achtereenvolgens aan de orde worden gesteld. Het betreft de volgende vragen.

1. Welke bijdragen worden met een directe toegankelijkheid van fysiotherapie geleverd aan het beter op elkaar afstemmen van de kwaliteiten van de huisarts en de fysiotherapeut?
2. Wat zijn de voor- en nadelen die uit de directe toegankelijkheid voortvloeien voor de organisatie van de eerste lijn vanuit het oogpunt van:
 - de toegankelijkheid tot de benodigde zorg;
 - de doeltreffendheid van de fysiotherapeutische zorg;
 - de financiering en verzekering van de zorg, en
 - de doelmatigheid, de continuïteit en de samenhang van de zorg?
3. Hoe ervaart de patiënt de mogelijkheid om zonder verwijzing de fysiotherapeut te kunnen bezoeken?

In 7.2, 7.3 en 7.4 zal allereerst worden ingegaan op de door CVZ gestelde hoofdvragen. Vervolgens zal in 7.5 worden ingegaan op specifieke aspecten die in het RE-AIM model aan de orde zijn gesteld en aanvullende informatie opleveren en tot slot zullen in 7.6 de aanvullende vragen die vanuit de begeleidingscommissie BBO-ELZ zijn gesteld worden behandeld.

Voor zover de conclusies leiden tot aanbevelingen, zullen deze worden vermeld.

7.2 Bijdrage DTF afstemmen kwaliteiten huisarts en fysiotherapeut

Bij het afstemmen van de kwaliteiten van huisartsen en fysiotherapeuten speelt samenwerking een belangrijke rol.

Huisartsen in de proefprojecten zijn voor een belangrijk deel van mening dat de samenwerking niet in sterke mate is toegenomen, verbreed of concreter is geworden in het pilotjaar. Uit een toelichting tijdens de groeps gesprekken komt daarbij naar voren dat in de proeflocaties de samenwerking over het algemeen al vrij goed was. De bestaande samenwerking vormde de basis om het proefproject te kunnen starten.

Fysiotherapeuten zijn relatief vaak van mening dat:

- er een betere basis is ontstaan voor wederzijdse afstemming;
- het inzicht in het werk van de huisartsen is toegenomen;
- het ad hoc overleg is toegenomen;
- het aantal onderwerpen is verbreed.

Aanbeveling

DTF stelt eisen aan de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Landelijk dienen daartoe op hoofdlijnen afspraken te worden gemaakt. Deze kunnen op lokaal niveau verder worden ingevuld.

Elektronische informatie-uitwisseling kan de samenwerking en communicatie in belangrijke mate faciliteren.

7.3 Voor- en nadelen DTF voor de organisatie van de eerste lijn

Aspecten die hierbij specifiek aan de orde werden gesteld betreffen: toegankelijkheid van de zorg, doeltreffendheid, financiering en verzekering en doelmatigheid van de zorg. Deze aspecten zullen achtereenvolgens worden belicht.

Voor- en nadelen voor toegankelijkheid van de zorg

De **voordelen** voor de patiënten zijn in de ogen van de patiënt: makkelijk, snel, kwaliteit en geen administratieve rompslomp. Kortom voor veel patiënten geldt dat DTF door hen uitdrukkelijk wordt gewenst. Daarnaast dient in de ogen van de patiënten ook de nodige keuzevrijheid te bestaan, zowel wat betreft de keuze uit fysiotherapeuten als de keuze om toch eventueel eerst naar de huisarts te gaan. DTF dient hierbij aan te sluiten. In de pilot was de keuzevrijheid wat betreft de fysiotherapeuten beperkt, wel kon de patiënt altijd zelf beslissen eerst de huisarts te willen bezoeken.

Bij de start van het project zijn als mogelijke **nadelen** genoemd: het shoppen van patiënten, een te grote toeloop van patiënten en het (te) snel in behandeling nemen van patiënten door fysiotherapeuten.

Voor zover kon worden nagegaan heeft het shoppen van patiënten zich in de proefprojecten niet (of nauwelijks) voorgedaan.

Ook de grote toeloop van patiënten waarvoor sommigen bang waren bij de start van het project is in belangrijke mate uit gebleven. Patiënten zijn goed in staat zelf een afweging te maken. Bovendien blijkt uit een analyse van de registraties dat het aantal behandelingen per patiënt (5,9) aanzienlijk lager ligt dan het gebruikelijke aantal (11,5) zoals in het LIPZ naar voren komt.

Over het te snel in behandeling nemen zijn de huisartsen in de proefprojecten van mening dat zij over het algemeen het ingezette beleid van de fysiotherapeuten kunnen onderschrijven. De verantwoordelijke fysiotherapeut gaat niet zonder noodzaak over tot behandeling van de patiënt. DTF geeft de fysiotherapeut daar een extra verantwoordelijkheid voor. De ervaring is dat de fysiotherapeuten in de pilot daarmee goed zijn omgegaan. Toch blijven veel huisartsen van mening dat DTF **kan** leiden tot te veel behandelingen.

Voor- en nadelen doeltreffendheid van de fysiotherapeutische zorg

In de (inter)nationale literatuur zijn geen duidelijke gegevens aangetroffen waarmee de effectiviteit van DTF kan worden onderbouwd.

In dit project is de doeltreffendheid van het handelen van fysiotherapeuten op verschillende manieren benaderd.

In de eerste plaats is vergelijkbaar met het LIPZ aan de fysiotherapeuten verzocht aan te geven of het einddoel op het moment van het invullen van de registratie is bereikt.

Bij het LIPZ geeft circa 60% van de fysiotherapeuten aan dat het einddoel is bereikt, bij DTF ligt dat percentage op 70% (onbekend is hierbij buiten beschouwing gelaten). Op basis van dit gegeven lijkt DTF doeltreffend te werken.

In de tweede plaats is de vraag of de behandeling heeft geholpen voorgelegd aan de patiënten. Van de patiënten is 83% tevreden over het resultaat van de behandeling, 9% tevreden/noch ontevreden en 7% ontevreden. Ook geeft ruim driekwart van de patiënten aan dat DTF (mogelijk) heeft bijgedragen aan een spoedig herstel van de klachten en geeft 95% van de patiënten aan dat DTF van positieve invloed is geweest op het herstel van de klachten.

In de derde plaats is de vraag naar de doeltreffendheid eveneens aan de meewerkende fysiotherapeuten voorgelegd.

Het meest wordt door de fysiotherapeuten (98%) onderschreven dat de mogelijkheid om in een vroeg stadium de patiënt te adviseren bijdraagt aan de doeltreffendheid. Ook

worden de stellingen dat DTF bijdraagt aan een snel herstel en het kunnen oppakken van de dagelijkse activiteiten in hoge mate onderschreven (> 85%).

Over het algemeen kan dus worden geconcludeerd dat DTF in de ogen van de patiënten en fysiotherapeuten bijdraagt aan de doeltreffendheid van fysiotherapie, onder meer tot uiting komend in een sneller herstel en hervatting van dagelijkse activiteiten.

Voor- en nadelen financiering en verzekering van de zorg

Eén van de vragen bij DTF is de beheersbaarheid van de kosten voor de fysiotherapie. De vraag is hierbij met name of DTF niet leidt tot een explosieve groei van de fysiotherapie. Uit de uitgevoerde pilot en de internationale literatuur blijkt dit niet het geval.

In onderstaande tabel wordt het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van DTF gerelateerd aan de informatie die bekend is over de instroom van het aantal patiënten dat op reguliere wijze is verwezen naar fysiotherapie en in behandeling is genomen. In de tabel worden de gegevens over het totaal aantal ziekenfondspatiënten in 2002 en 2003 weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de diverse profielen van de deelnemende praktijken van het proefproject. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de gegevens met enige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Het bleek vaak moeilijk om via de ziektekostenverzekeraars eenduidige cijfers te krijgen. De weergegeven cijfers zijn opgesteld met behulp van informatie van de ziektekostenverzekeraars en de deelnemende praktijken.

Tabel 7.1 Aantal patiënten DTF 2003 gerelateerd aan het totaal aantal patiënten.

	Aantal ziekenfondspatiënten DTF 2003	Totaal aantal ziekenfonds patiënten 2003 Zie toelichting	% DTF van totaal aantal ziekenfondspatiënten
Almere	121	Totaal 1.394 Ziekenfonds 1.004	12,1
Goes	203	Ziekenfonds ca. 1.150	17,6
Haarlem	66	Ziekenfonds 2.527	2,6
Hengelo: 2 van de 4 praktijken	126	Ziekenfonds 1.049	12,0
Holten	91	Totaal 1.307 Ziekenfonds 941	9,7
Hoofddorp: t/m nov 2003 (Z&Z)	211	Ziekenfonds 1.464	14,4
Leek	456	Totaal 5.500 Ziekenfonds 3.960	11,5
Utrecht AI	46	Totaal 1.905 Ziekenfonds 1.372	3,4
Utrecht L	42	Totaal 821 Ziekenfonds 591	7,1
Totaal	1.416	14.058	10,1

Toelichting

Bij de berekening van het aantal ziekenfondspatiënten per proeflocatie is zoveel mogelijk uitgegaan van gegevens over ziekenfondspatiënten. In enkele situaties is uitgegaan van het totale aantal patiënten en is het aantal ziekenfondspatiënten geschat op basis van een verhouding 72% ziekenfonds en 28% particulier.

Zoals blijkt bedraagt het percentage patiënten dat via DTF bij de fysiotherapiepraktijken komt gemiddeld over alle proeflocaties 10,1% van het totaal aantal ziekenfondspatiënten. In de gezondheidscentra en in de gemeenten Leek en Holten, die een realistischer beeld geven van het gebruik van DTF indien dit landelijk zou worden ingevoerd, bedraagt het percentage patiënten dat gebruik maakt van DTF ca. 14% van het totaal aantal patiënten. De gevonden percentages zijn in overeenstemming met percentages die in de internationale literatuur worden aangetroffen en rond de 10% liggen.

Daarbij komt dat het gemiddelde aantal behandelingen per patiënt DTF lager is dan bij patiënten.

Patiënten en fysiotherapeuten pakken hun verantwoordelijkheid goed op. Niet kan worden voorkomen dat een enkeling misbruik zal maken van de geboden vrijheid. Verzekeraars zijn zelf in staat om vanuit hun administraties dergelijke situaties te signaleren en corrigerend op te treden. Zorgverzekeraars brengen daarbij naar voren dat zij afhankelijk van de ontwikkelingen een gedifferentieerd beleid kunnen/zullen voeren ten aanzien van het contracteren van DTF.

Voor en nadelen doelmatigheid, de continuïteit en de samenhang van de zorg

De vraag naar de doelmatigheid van DTF is in het project benaderd vanuit met name het aantal zittingen dat fysiotherapeuten per patiënt hebben uitgevoerd. Gemiddeld blijken de fysiotherapeuten 5,9 zittingen per patiënt te hebben gedaan. Vergeleken met ziekenfondsverzekerden vanuit het LIPZ (gemiddeld 11,5) is dit aanzienlijk lager.

Dit lagere aantal zittingen is deels te verklaren uit het feit dat bij DTF een aantal patiënten slechts één maal is gezien. Ook indien de patiënten die slechts één behandeling hebben gehad buiten beschouwing worden gelaten blijft het gemiddeld aantal zittingen relatief laag. Het aantal patiënten bij wie fysiotherapie niet was geïndiceerd is bij het berekenen van het gemiddelde overigens buiten beschouwing gelaten.

Het gemiddeld lage aantal zittingen is echter over de gehele linie zichtbaar en is niet te herleiden tot een andere samenstelling van het patiënten bestand. Ook de aard van de klachten geeft geen verklaring voor het gemiddeld lage aantal zittingen.

De fysiotherapeuten in het proefproject geven doorgaans aan door DTF bewuster om te gaan met het stellen van een indicatie en een fysiotherapeutische diagnose en het maken van het behandelplan.

Met betrekking tot de doelmatigheid is de fysiotherapeuten een aantal stellingen voorgelegd. Stellingen die door circa 90% van de fysiotherapeuten worden onderschreven zijn dat de doelmatigheid van DTF tot uiting komt in:

- het voorkomen van overbodige bezoeken van patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat bij huisartsen;
- een relatief beperkt aantal behandelingen per patiënt;
- sneller herstel van de patiënt;
- vermindering van ziekteverzuim van de patiënt.

7.4 Hoe ervaart de patiënt DTF

Een belangrijk aspect bij de evaluatie van DTF vormt de mening van de patiënt. Om het met andere woorden te zeggen: zorg dient enerzijds evidence based te zijn, anderzijds echter ook preference based. De vraag van de patiënt dient nadrukkelijk ook bij de besluitvorming te worden betrokken.

Om inzicht te krijgen in de mening van de patiënt over DTF zijn interviews/enquêtes gehouden/afgenomen bij patiënten die gebruik hebben gemaakt van DTF.

Uit die antwoorden blijkt dat patiënten DTF ervaren als:

- makkelijker (96%);
- sneller (95%);
- minder administratieve rompslomp (84%);
- kwalitatief goed (84%).

De conclusie van de patiënten is dan ook in overgrote meerderheid dat DTF in de toekomst voor iedereen tot de mogelijkheden zou moeten horen (89%). Wel wordt vanuit de patiënten naar voren gebracht dat een zekere keuzevrijheid dient te worden geboden.

Daarbij kan nog worden opgemerkt dat vanuit de deelnemende praktijken vaak is opgemerkt dat juist ook bij particuliere patiënten veel belangstelling bestaat om gebruik te kunnen maken van DTF.

Aanbeveling

Bij de invulling van DTF dient te worden voorzien in voldoende keuzevrijheid voor de patiënt. Zowel wat betreft de te consulteren fysiotherapeut als de mogelijkheid eerst de huisarts te consulteren.

Invulling hiervan is mede afhankelijk van de voorwaarden die verzekeraars gaan stellen bij het maken van nadere afspraken in de contracten over DTF.

7.5 Vragen voortkomend uit het RE-AIM model

Het REAIM model staat voor: Reach (bereik), Efficacy (effectiviteit), Adoption (adoptie), Implementation en Maintenance (handhaving) (zie hoofdstuk 1).

Voor zover deze onderwerpen niet aan de orde zijn geweest in de hoofdvragen van CVZ zullen zij in deze paragraaf worden behandeld.

Bereik

Proportie van de doelpopulatie die gebruik maakt van DTF:

Uit de uitgevoerde pilot en de internationale literatuur blijkt er geen explosieve groei van fysiotherapie te ontstaan door DTF. Het totaal aantal patiënten neemt niet toe en het aantal DTF is over het algemeen niet groter dan 10% van het totaal aantal patiënten. Het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt DTF is lager dan bij patiënten met verwijzing.

Profiel van de doelpopulatie die gebruik maakt van DTF:

Uit de registratieformulieren blijkt dat patiënten die gebruik maken van DTF qua geslacht een vergelijkbare verdeling hebben als ziekenfondspatiënten die met een verwijzing gebruik maken van fysiotherapie (LIPZ, 2002). Wel zijn mensen die gebruik maken van DTF wat jonger en hebben zij een wat hoger opleidingsniveau. Ook ouderen en mensen met een lage opleiding maken echter gebruik van DTF.

Qua klachten zijn de gebruikers van DTF vergelijkbaar met patiënten vanuit het LIPZ (2002).

Vanuit de pilot locaties is regelmatig opgemerkt dat juist particuliere patiënten veel belangstelling voor DTF hebben. Deze groep viel echter buiten het project.

Effectiviteit

Op dit onderwerp is bij bespreking van de hoofdvragen van CVZ reeds ingegaan.

Een van de onderwerpen die daarnaast een rol speelt is de tevredenheid van de huisartsen en fysiotherapeuten met DTF.

Mening van huisartsen en fysiotherapeuten die aan het project hebben meegewerkt

Ruim 80% van de fysiotherapeuten die hebben meegewerkt zijn van mening van DTF het werk van de fysiotherapeut aantrekkelijker maakt, driekwart is van mening dat het werkterrein van de fysiotherapeut door DTF wordt verbreed.

Ook is 90% van de fysiotherapeuten van mening dat de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut door DTF wordt vergroot en dat het bewustzijn van het bestaan van red en yellow flags wordt aangescherpt. Uit gesprekken met fysiotherapeuten blijkt dat men dat goede ontwikkelingen vindt.

De huisartsen die hebben meegewerkt aan de pilots hebben doorgaans ervaren dat er zich geen incidenten hebben voorgedaan (op geen enkele proeflocatie is melding gemaakt van belangrijke 'missers' door fysiotherapeuten, wel is in enkele gevallen melding gemaakt van terugverwijzing naar de huisarts met een onjuiste diagnose).

Ook ervaren de huisartsen in grote meerderheid niet dat het werkterrein van de huisartsen door DTF is versmald of dat het werk minder aantrekkelijk zou zijn geworden.

Aangezien deze studie het karakter heeft van een procesevaluatie en niet van een clinical trial is het niet goed mogelijk voor de zorgverzekeraars gegevens te leveren over het effect op medische consumptie, substitutie-effecten met andere zorg of de financiële consequenties van DTF.

Adoptie

Wat betreft de **representativiteit** van de proefprojecten kan worden gesteld dat deze voldeden aan de volgende criteria:

- goed spreiding over land;
- verdeling stedelijk/platteland;
- verschillende samenwerkingsverbanden;
- verschillen in aantal betrokken fysiotherapeuten en huisartsen.

Mogelijke **drempels om DTF in andere praktijksituaties in te voeren** zijn met name:

- ontbreken van een goede samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten;
- ontbreken van wederzijds vertrouwen tussen huisartsen en fysiotherapeuten;
- geen voorlichting van patiënten.

Patiënten blijken in de proefprojecten DTF **adequaat benut** te hebben. Het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van DTF is vergelijkbaar met aantallen in internationale studies (10% totale bestand). In de ogen van de fysiotherapeuten deed 95% van de patiënten terecht een beroep op fysiotherapie.

Oneigenlijk gebruik door patiënten is heel weinig gesignaleerd, waarbij de opmerking wordt gemaakt dat echte shoppers toch altijd wel ergens aan de bak komen.

Wat betreft het **adequaat omgaan met DTF** blijkt dat huisartsen over het algemeen het beleid van de fysiotherapeuten onderschrijven, hoewel de angst toch blijft bestaan dat DTF kan leiden tot te snel behandelen van patiënten met onschuldige klachten met zelfherstellende tendens. Wederzijds vertrouwen speelt een belangrijke rol bij de mate van medewerking van de huisartsen. Fysiotherapeuten zelf melden dat 'nee zeggen' toch lastiger is dan gedacht maar over het algemeen wel went naarmate langer met DTF gewerkt wordt.

Implementatie

Tijdens vrijwel alle eindinterviews kwam aan de orde dat de volgende zaken van belang zijn voor een succesvolle implementatie van DTF:

- een goede (afstemming van) samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten (niet perse in een gezondheidscentrum);
- wederzijds vertrouwen tussen huisartsen en fysiotherapeuten;
- goede voorlichting van patiënten;
- verbeterde informatie-uitwisseling (bij voorkeur elektronisch) in de gezondheidszorg;
- de wijze waarop aan het product DTF inhoud wordt gegeven;
- de vergoeding voor DTF.

Een aantal zorgverzekeraars heeft de proeflocaties groen licht gegeven voor voorzetting van DTF in 2004. Er zijn echter geen garanties gegeven over voorzetting in 2005 aangezien de zorgverzekeraars politieke besluitvorming afwachten.

Aanbeveling

Patiënten dienen goed te worden geïnformeerd over de aard van de problemen waarmee de fysiotherapeut kan worden bezocht.

Handhaving

De consequenties voor het functioneren van de eerste lijn op langere termijn kunnen zijn dat de poortwachterrol van de huisarts voor de eerste lijn van karakter verandert. Belangrijk is echter wel dat er binnen de eerste lijn sprake is van een goede coördinatie, informatie en communicatie. Aan deze functie dient helder inhoud te worden gegeven. De huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen.

7.6 Beantwoording aanvullende vragen CVZ

Op basis van het overleg met de BBO-ELZ van CVZ kwamen de volgende vragen en aandachtspunten naar voren:

Doelmatigheid en doeltreffendheid zullen met name worden belicht vanuit de literatuur, voor beantwoording van dergelijke vragen zou een clinical trial noodzakelijk zijn geweest. De huidige evaluatie heeft echter het karakter van een procesevaluatie.

Wat is het belang van DTF voor de patiënten?

Welke patiënten maken gebruik van DTF?

Wat is het gevolg voor de werkdruk van de fysiotherapeut?

Wat is de mening van de huisartsen en fysiotherapeuten die aan het project hebben meegewerkt?

Is de praktijkvorm van invloed op DTF?

Hoe geven fysiotherapeuten vorm aan DTF?

Wat is een adequate invulling van DTF zowel qua tijdsbesteding als inhoud?

Op deze vragen zal worden ingegaan, waarbij indien relevant wordt verwezen naar de voorgaande paragrafen.

Doelmatigheid en doeltreffendheid

Zie paragraaf 7.3

Wat is het belang van DTF voor de patiënten?

Voor de patiënten betekent DTF dat zij zelf kunnen beslissen of zij met hun klachten naar de huisarts gaan of dat zij naar de fysiotherapeut gaan. Uit de pilot blijkt dat mensen over het algemeen goed in staat zijn om in te schatten of het

gezondheidsprobleem een zaak is waarbij de fysiotherapeut hen kan helpen. Slechts in 5,1 % van de gevallen concludeert de fysiotherapeut dat het probleem niet op zijn gebied ligt. Huisartsen onderschrijven over het algemeen dit beleid van de fysiotherapeuten.

Mensen zijn zo in de gelegenheid om in een vroeg stadium een advies te krijgen van een specialist op het terrein van het bewegingsapparaat, i.c. de fysiotherapeut.

Over het algemeen zijn de patiënten zeer tevreden met de afhandeling van het probleem. Ook al betekent dat in een aantal gevallen niet dat de fysiotherapeut over gaat tot behandelen. Een advies is voor veel mensen in veel gevallen ook een adequate afhandeling.

Welke patiënten maken gebruik van DTF?

Zie paragraaf 7.5 bereik, profiel van de gebruikers.

Wat is het gevolg van DTF voor de werkdruk van de fysiotherapeut?

De vraag wat dit voor de werkdruk van de fysiotherapeuten betekent kan op twee manieren worden benaderd.

- a. betekenis voor het aantal patiënten;
- b. verschuiving in de aard van het werk..

Ad a Aantal patiënten

Het gemiddeld aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van DTF bedraagt 15,9 per fysiotherapeut. Het is echter realistischer om uit te gaan van die situaties waarin de communicatie met de patiënten door lokale situaties optimaal was. Met name in gezondheidscentra en gemeenten waarin alle fysiotherapeuten aan het project deelnamen was sprake van een dergelijke situatie. Gemiddeld was het aantal patiënten DTF daar op jaarbasis 30 patiënten per fysiotherapeut, hetgeen naar schatting 10% van het totaal aantal patiënten omvat dat zich jaarlijks bij hen meldt. Dit gegeven is in overeenstemming met de internationale literatuur.

Dat wil echter niet zeggen dat dit aantal patiënten boven de reguliere vraag komt. Het merendeel van de patiënten dat is geïnterviewd geeft aan bij het ontbreken van DTF via de huisarts naar de fysiotherapeut te zijn gegaan. Bovendien blijkt uit de proefprojecten dat er geen grote toename van het aantal patiënten per praktijk heeft plaatsgevonden. Geconcludeerd kan worden dat DTF ten gevolge van een extra aantal patiënten een extra werkdruk van maximaal enkele procenten tot gevolg heeft.

Ad b Verschuivingen in aard van het werk

DTF heeft naast een kwantitatief effect eveneens een kwalitatief effect. De fysiotherapeut zal meer dan in het verleden aandacht moeten besteden aan het stellen van een goede indicatie. Daarbij dient rekening te worden gehouden met red flags (specifieke aandoeningen, pathologie) en yellow flags (psychosociale factoren). Deze activiteiten vragen extra aandacht en kunnen extra werkdruk genereren. Ook samenwerking met de huisarts vraagt systematisch aandacht, waarbij wederzijdse informatievoorziening essentieel is.

De praktijk leert bovendien dat mensen die slechts eenmalig worden gezien een relatief grote administratieve inspanning vragen om een en ander adequaat af te handelen.

Wat is het gevolg van DTF voor de werkdruk van de huisartsen

Een vermindering van de werkdruk wordt slechts door 20% van de huisartsen genoemd. Hoewel kwantitatief is vast te stellen dat de betrokken huisartsen een aantal patiënten minder heeft gezien, komt dat in de dagelijkse praktijk nauwelijks tot uiting.

De consequentie van DTF voor de werkdruk van de huisartsen is te benaderen door te berekenen hoeveel bezoeken van patiënten de huisartsen minder krijgen door DTF.

Daarbij wordt uitgegaan van 30 bezoeken DTF per fysiotherapeut per jaar, het aantal in de eerste lijn werkende fysiotherapeuten van 13.254 (bron: Nivel 2003) en een aantal huisartsen van 8.107 (bron: Nivel 2003).

Het aantal 'uitgespaarde' huisartsen bezoeken komt hiermee op:

$13.254 * 30 : 8.107 = 49$ bezoeken per huisarts per jaar.

Bij de aanname dat de gemiddelde duur van een bezoek van een patiënt aan de huisarts 10 minuten duurt, scheelt dit de huisarts:

$49 * 10$ minuten = 490 minuten per jaar (8 uur en 10 minuten).

In een vergelijkbare studie in Schotland is berekend dat DTF circa 10 uur tijdswinst op jaarbasis voor huisartsen oplevert (Webster & Holdsworth, 2003).

Opgemerkt kan worden dat indien meer mensen gebruik maken van DTF uiteraard ook de tijdswinst voor huisartsen toeneemt. Het huidige aantal van 30 patiënten DTF per fysiotherapeut omvat circa 10% van het aantal patiënten. Als (bijna) alle patiënten gebruik zouden maken van DTF en niet meer via de huisarts naar de fysiotherapeut zouden gaan zou dit een maximale tijdswinst voor de huisarts opleveren van circa 80 uur. Het is echter weinig realistisch om van de maximale situatie uit te gaan maar uit te gaan van bijvoorbeeld een verdubbeling ten opzichte van de huidige situatie. Bij een verdubbeling zou het per huisarts om 16 uur tijdswinst gaan.

Hierbij is nog niet verdisconteerd dat particuliere patiënten wellicht eerder geneigd zijn gebruik te maken van DTF.

Mening van huisartsen en fysiotherapeuten die aan het project hebben meegewerkt

Zie paragraaf 7.5

Is de praktijkvorm van invloed op DTF?

Bij de praktijkvorm is een onderscheid te maken tussen gezondheidscentra waarin zowel huisartsen als fysiotherapeuten werkzaam zijn en situaties waarbij huisartsen en fysiotherapeuten vanuit een eigen praktijk werken.

Uit de pilot blijkt dat het aantal mensen dat gebruik maakt van DTF in gezondheidscentra hoger ligt in vergelijking met de overige situaties. Het aantal patiënten dat in gezondheidscentra per fysiotherapeut gebruik maakt van DTF ligt rond de 30 terwijl het gemiddelde voor de pilot als geheel rond de 16 ligt.

Deels komt dit verschil voort uit de korte lijnen tussen huisartsen en fysiotherapeuten en de mogelijkheden om de patiënten van het gezondheidscentrum te informeren over de mogelijkheid van DTF. Ook bestonden in enkele gevallen al afspraken tussen huisartsen en fysiotherapeuten over de directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut, waarbij achteraf een verwijzing werd afgegeven.

Echter niet alleen de praktijkvorm lijkt van belang, eveneens in gemeenten waarin de hele gemeente aan het project deelnam werden vergelijkbare frequenties van het gebruik van DTF aangetroffen. Uit gesprekken met fysiotherapeuten en huisartsen bleek dat over het algemeen ook in dergelijke (relatief kleine) gemeenten de lijnen tussen huisartsen en fysiotherapeuten kort zijn en dat de mogelijkheden om patiënten te informeren goed zijn (locale media en nieuwsbrieven).

Hoe geven fysiotherapeuten vorm aan DTF?

Vorm

Op enkele proeflocaties is gestart met een open spreekuur. De praktijk leerde echter dat dit weinig efficiënt was. Op één na hanteren de fysiotherapiepraktijken een afspraakspreekuur, waarbij er feitelijk weinig verschil is tussen patiënten die met een

verwijzing komen en patiënten die zonder verwijzing komen. Wel wordt over het algemeen bij DTF patiënten getracht binnen enkele dagen het eerste bezoek te kunnen laten plaatsvinden.

Geconcludeerd kan worden dat DTF geen bijzondere praktijkorganisatie vraagt. Wel dienen de fysiotherapeuten goed telefonisch bereikbaar te zijn voor het maken van een afspraak. Uit de patiëntenenquête blijkt dat 98% van de patiënten tevreden is over de bereikbaarheid van de fysiotherapeut en dat 90% van de patiënten binnen een week terecht kon. Uit deze cijfers kan worden geconcludeerd dat DTF in de ogen van de patiënt adequaat was georganiseerd.

Inhoud

Op enkele proeflocaties is door de fysiotherapeuten een gezondheidsvragenlijst ontwikkeld als hulpinstrument om systematisch de hulpvraag en het risico op red en yellow flags van de patiënten in kaart te brengen.

Aanbeveling:

Ontwikkeling van een richtlijn ‘gezondheidsvragenlijst’ die de fysiotherapeut kan helpen bij het signaleren van fysieke en psychosociale contra indicaties voor fysiotherapeutische behandeling.

Wat is een adequate invulling van DTF zowel qua tijdsbesteding als inhoud?

De invulling van DTF in het kader van de pilots bestond uit een eerste zitting die qua tijdsduur en vergoeding gelijk werd gesteld aan een reguliere zitting fysiotherapie.

Over het algemeen **kan** een eerste zitting DTF de volgende elementen omvatten:

- anamnese (red en yellow flags);
- voorlopige indicatiestelling;
- verdere anamnese en lichamelijk onderzoek om een fysiotherapeutische diagnose te stellen;
- verstrekken van informatie aan de patiënt en advies;
- eventuele start van de behandeling (afhankelijk van aspecten als bekendheid met de patiënt en de aard en complexiteit van de klacht);
- administratieve afhandeling (waaronder de melding naar de huisarts).

De noodzakelijke tijdsduur voor een eerste bezoek DTF is in de ogen van 75% van de deelnemende fysiotherapeuten 25-30 minuten (gelijk aan de tijdsduur in de pilot).

Slechts 13% van de fysiotherapeuten is van mening dat een dergelijk eerste bezoek waarin uitsluitend de indicatiestelling aan de orde wordt gesteld in circa 10 minuten zou kunnen worden afgehandeld. Een aspect dat in de ogen van de fysiotherapeuten (en de huisartsen) hierbij meeweegt is het feit dat ook een kwalitatief goed advies en goede informatieoverdracht deel uit dienen te maken van een dergelijk eerste bezoek.

Het karakter van een eerste bezoek wordt eveneens bepaald door de vraag of de klacht recidiverend is. Uit de registratie blijkt dat circa eenderde van de klachten recidiverend is. De benadering van dergelijke klachten verschilt uiteraard van die van een klacht die voor de fysiotherapeut volledig nieuw is.

Ook de huisartsen zijn in meerderheid van mening dat een tijdsduur van 25-30 minuten voor fysiotherapeutische indicatiestelling adequaat is. Uit nadere mondelinge toelichtingen komt naar voren dat bij een kortere duur de specifieke meerwaarde van de fysiotherapeut in het gedrang zou kunnen komen.

De inhoud van het product DTF is sterk afhankelijk van de complexiteit van het probleem en de bekendheid van de patiënt/klacht.

Aanbeveling:

Bij het product DTF de volgende differentiatie-mogelijkheden te onderscheiden:

- d. Indicatiestelling + advies + administratieve afhandeling**
- b. Indicatiestelling + fysiotherapeutische diagnose + advies + administratieve afhandeling**
- c. Indicatiestelling + fysiotherapeutische diagnose + advies + behandeling + administratieve afhandeling (bij recidiverende of relatief eenvoudige klachten)**

Welke fysiotherapeuten komen in aanmerking voor DTF?

Naar de mening van de fysiotherapeuten zouden niet alle fysiotherapeuten zonder meer bevoegd moeten zijn tot DTF. De fysiotherapeuten noemen overwegend de volgende voorwaarden:

- werkervaring (hierbij wordt 5 jaar het meest genoemd);
- het volgen van een cursus DTF en
- registratie in het centraal kwaliteitsregister van het KNGF.

Huisartsen onderschrijven in meerderheid deze voorwaarden.

Hoewel werkervaring vanuit de deelnemende proefprojecten als belangrijk naar voren wordt gebracht, is dit aspect in het operationaliseren van de kwaliteitseisen nauwelijks haalbaar. In de initiële opleidingen fysiotherapie dient aan de competenties waarop DTF een beroep doet zowel in theorie als praktijk (stage) voldoende aandacht te worden geschonken.

Aanbeveling

Voor DTF fysiotherapeuten in aanmerking te laten komen die ten minste voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

- **volgen van een cursus/scholing DTF;**
- **registratie in het centraal kwaliteitsregister van het KNGF.**

Naast de hier genoemde kwaliteitscriteria is het mogelijk dat verzekeraars aanvullende criteria hanteren bij het maken van afspraken in het contract of polisvoorwaarden. Vanuit verzekeraars is naar voren gebracht dat zij overwegen een gedifferentieerd beleid te hanteren ten aanzien van het contracteren van DTF.

Aanbeveling

Het aspect DTF op te nemen in de initiële opleiding voor fysiotherapie. Voor in de toekomst afstuderende fysiotherapeuten vervalt daarmee uiteraard de verplichting tot het volgen van een cursus DTF.

Slotconclusie

DTF leidt tot een ontwikkeling en verdieping van fysiotherapie en voorziet in de behoefte van patiënten zelf te kunnen beslissen aan welke behandeling zij de voorkeur geven.

Aanbeveling

Te anticiperen op de vermoedelijke start van DTF op 1 januari 2006 (gekoppeld aan de invoering van het nieuwe zorgstelsel).

Aanbeveling

Het realiseren van een monitorsysteem DTF Exper (experimenten en ervaringen) om de ontwikkelingen in de komende 1,5 jaar systematisch in beeld te brengen en hiermee de implementatie van DTF nader voor te bereiden.

8 Literatuur

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. Guide to Physical Therapist Practice. 2nd ed. *Phys ther.* 2001;81;9-752.

BLACKLEDGE C. A win-win situation for all. *Frontline* 2003; 9: (11):6.

CROUT KL, HODGKINS TWEEDIE J, MILLER DJ. Physical therapists' opinions and practices regarding direct access. *Physical Therapy* 1998; 78: (1):52-61.

DOMHOLDT E, DURCHHOLZ AG. Direct access use by experienced therapists in states with direct access. *Physical Therapy* 1992; 72: (8):569-74.

DURANT TL, LORD LJ, DOMHOLDT E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Physical Therapy* 1989; 69: (10):850-7.

GALLEY P. Physiotherapists as first-contact practitioners: new challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy* 1977; 63: (8):246-8.

GLASGOW RE, VOGT TM, BOLES SM. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *Am J Public Health* 1999;89;9:1322-1327.

HEUVEL CMF van den, VOGELS EMHM, MELLINK M, DIJKSTRA ZM. Handreikingen voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut, oefentherapeut-Cesar en/of oefentherapeut-Mensendieck. NPI, 1999.

HOLDSWORTH LK, WEBSTER VS. Abstract Submission Form: A study of direct access (self referral) to physiotherapy in an UK primary care setting. 14th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy. 2003, 7-12 June, Barcelona, Spain. Book of abstracts.

MASSEY BF. What's all the fuss about direct access? *Physical Therapy* 2002; 82: (11):1120-3.

MITCHELL JM, DE LISSOVOY G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy* 1997; 77: (1):10-8.

MOORE J. Direct access. *PTmagazine* 2001; 76-9.

OOIJENDIJK WTM, VRIES SI, HESPEN ATH van, HOPMAN-ROCK M. Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid fysiotherapie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002. Publ. nr. 02.118

OOIJENDIJK WTM, HESPEN ATH van, VRIES SI. Proefprojecten directe toegankelijkheid fysiotherapie. Interim-rapportage. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003. Publ.nr. 03.185

ROSE SJ. Direct access: the need for an educational component. *Physical Therapy* 1988; 68: (9):1329.

VERHOEVEN ALJ, HEUVEL CMF van den. KNGF-Richtlijn Informatieverstrekking huisarts. Amersfoort: KNGF, 1997.

WIMMERS R, SWINKELS I, KONINK M de, BAKKER D de, ENDE E van den. Jaarboek LiPZ 2002, Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie. Utrecht: Nivel, 2003.

VOTE of confidence in the profession. Frontline 2003-19: (10):7.

A Profielen proeflocaties

B Begeleidingscommissie

- Prof. dr. Th.B. Voorn, Nederlands Huisartsen Genootschap (voorzitter)
- Dhr. Th.P.M. van der Bom, adviseur paramedische zorg, ANOVA Verzekeringen, afd. Cure
- Dhr. drs. P.S.B. Boom (dhr. A.A. Golja, plv.), Ministerie van VWS, CZ-EZ
- Dhr. K.F.H. Rosmalen, huisarts, senior beleidsmedewerker Beroepsinhoud, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Dhr. drs. S. van der Scheur, College voor Zorgverzekeringen
- Mevr. drs. T.M.J. Schrasser, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg
- Dhr. drs. P.J. van der Wees, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Dhr. R. van de Worp, Zorgverzekeraars Nederland

C Samenvatting scholing DTF

D Documenten en formulieren DTF

- Samenwerkingsafspraken huisartsen en fysiotherapeuten
- Fysiotherapeutische rapportage (intake)
- Registratieformulier
- Fysiotherapeutische rapportage (eindverslag)
- Richtlijn praktijkassistente
- Toestemming (informed consent)
- Voorbeeld gebruikte folder
- Voorbeeld vragenlijst patiënten

