



028

Bewegen en Gezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18

F 071 518 19 20

info-B&G@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/B&G 2004.057

HAALBAARHEIDSTUDIE DIRECTE TOEGANKELIJKHEID

**Logopedie, ergotherapie, diëtetiek, psychologie,
oefentherapie Mensendieck, oefentherapie Cesar**

SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

Datum April 2004

04 MEI 2004

Auteur(s) W.T.M. Oijendijk
K. van Overbeek
A.M.J. Chorus
M. Hopman-Rock
M.W.A. Jongert
J. van Reeuwijk-Werkhorst

Postbus 2215
2301 CE LEIDEN

Aantal pagina's 39

Opdrachtgever College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Projectnummer 011.70006

Stamboeknummer

18.921

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.

© 2004 TNO

Auteurs:
W.T.M. Ooijendijk
K. van Overbeek
A.M.J. Chorus
M. Hopman-Rock
M.W.A. Jongert
J. van Reeuwijk-Werkhorst

Projectnummer
011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2004.057.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Logopedie.....	8
2.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid	9
2.2	Kwaliteitseisen logopedisten.....	10
2.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	10
2.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele logopedisten	10
2.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	11
3	Ergotherapie.....	12
3.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau.....	13
3.2	Kwaliteitseisen ergotherapeuten	14
3.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	14
3.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten.....	15
3.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	15
4	Diëtetiek	16
4.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid	17
4.2	Kwaliteitseisen diëtisten.....	18
4.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	19
4.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele diëtisten	19
4.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	19
5	Psychologie.....	21
5.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau.....	23
5.2	Kwaliteitseisen ELPen	23
5.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	23
5.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder ELPen.....	24
5.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	24
6	Oefentherapie Cesar	25
6.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	27
6.2	Kwaliteitseisen oefentherapeuten.....	27
6.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	28
6.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	28
6.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	29
7	Oefentherapie Mensendieck.....	30
7.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	32
7.2	Kwaliteitseisen oefentherapeuten-Mensendieck	32
7.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	33
7.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	33
7.5	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	34
8	Algemene conclusies en aanbevelingen.....	35
8.1	Welke patiënten komen daarvoor in aanmerking?	35

1 Inleiding

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

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

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

Mogelijke voordelen van directe toegankelijkheid zijn onder meer:

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

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

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

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

Directe toegankelijkheid in de eerste lijn

Gestimuleerd door wetenschappelijke ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid hebben diverse disciplines binnen de eerstelijnszorg zich in korte tijd ontwikkeld tot de specialist op hun terrein.

Hoewel de kennis en kundigheden op een aantal terreinen die van de huisarts overstijgt, zijn momenteel deze werksoorten alleen op een deugdelijk gemotiveerde verwijzing door de huisarts toegankelijk. Verwacht wordt dat door de realisatie van een directe toegankelijkheid de patiënt sneller en adequater kan worden geholpen. Een dergelijke directe toegankelijkheid kan eveneens bijdragen aan een ontlasting van de huisartsen die een grote werkdruk ervaren.

Doel haalbaarheidsstudie

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

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

ad 1

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

ad 2

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

ad 3

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

ad 4

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

ad 5

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

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

In dit rapport worden de resultaten van het onderzoek bij de volgende disciplines samengevat.

- Logopedie;
- Ergotherapie
- Diëtetiek
- Psychologie;
- Oefentherapie Mensendieck;
- Oefentherapie Cesar.

Uitgebreide informatie is te vinden in de afzonderlijke deelrapporten.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie naar de directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprotheticus in de eerste lijn zijn niet in deze samenvatting opgenomen, maar zijn afzonderlijk gerapporteerd.

2 Logopedie

In het deelrapport logopedie is zowel op landelijk als op uitvoerend niveau ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van logopedisten in de eerste lijn. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

In onderstaande overzichtstabel logopedie wordt in enkele kengegevens de belangrijkste uitkomsten van de haalbaarheidsstudie weergegeven. In de daaropvolgende paragrafen zullen deze aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader worden toegelicht.

Overzichtstabel Logopedie

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Aantal logopedisten: 3.934 Ruim 40% is zelfstandig gevestigd of in loondienst bij een vrijgevestigde praktijk (extramuraal)	
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)	
	Verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)	
Standpunt DT	Landelijk: NVLF neemt open standpunt in. DT is wel haalbaar, DT vormt echter geen apart thema	
	Uitvoerend: positief 81% neutraal 11% negatief 8%	
	Patiëntencategorieën DT (meestgenoemd): - Alle categorieën (49%) - Spraak en fonatiestoornissen - Taalstoornissen Hulpvragen DT (meestgenoemd): - hulpvragen (52%) - Vragen om advies - Preventieve trainingen - Eenmalige behandeling	
	Standpunt relevante partijen: ZN nog geen standpunt NPCF positief LHV staat er kritisch tegenover VWS vormt nog geen thema	Door de NPCF wordt opgemerkt dat het belang van de patiënt goed dient te worden bewaakt
Kwaliteitseisen	Wie komen in aanmerking voor DT? NVLF verwijst naar algemene kwaliteitscriteria met de opmerking dat bij DT specifieke deskundigheden en protocollen dienen te worden ontwikkeld	

	Van de geënquêteerde logopedisten vindt 49% bijscholing nodig:	Onderwerpen: - Communicatie - Pathologie
Communicatie en Informatie	60% vindt informatie overdracht naar huisarts als centrale dossierhouder zowel naar eerste contact als na afronding van de behandeling nodig	
	89% vindt de mogelijkheid informatie bij de huisarts op te vragen van belang	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheid Declaratiemogelijkheid	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken: - Ja 25% - Ja mits 23% - Nee 52%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top drie) - Communicatie in eerste lijn - Bekendheid logopedie - Financiering	De (on)bekendheid van de logopedie betreft zowel andere hulpverleners in de eerste lijn als de patiënten

2.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid

Hoewel directe toegankelijkheid (nog) geen belangrijk beleidsaandachtspunt is binnen de beroepsgroep, staan zowel de koepelorganisatie van logopedisten, de NVLF als de individuele logopedisten positief tegenover directe toegankelijkheid van de logopedist in de eerste lijn. Dit wordt ondersteund door andere partijen als de Landelijke HuisartsenVereniging (LHV), het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF).

Geschikte patiëntengroepen: Bijna de helft van de geënquêteerde logopedisten geeft aan dat in principe alle categorieën cliënten in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid. Specifieke cliëntencategorieën die veel worden genoemd zijn cliënten met: spraak-/fonatiestoornissen en taal(-ontwikkelings)stoornissen. Vanuit de huisartsen is een andere invalshoek gekozen, te weten patiënten met recidiverende klachten en patiënten die volgens een standaardprotocol behandeld kunnen worden.

Vanuit de logopedie wordt naar voren gebracht dat het zowel voor andere beroepsbeoefenaars in de eerste lijn als voor patiënten belangrijk is de mogelijkheden van de logopedie beter te profileren. Een goed PR beleid kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Aanbeveling

Voor DT Logopedie doen zich goede mogelijkheden voor mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn. Een goed PR beleid is daarnaast een belangrijk aandachtspunt.

2.2 Kwaliteitseisen logopedisten

De kwaliteitseisen die nu gesteld worden aan een logopedist, aangevuld met de kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief worden voldoende geacht voor het behandelen van direct toegankelijke hulpvragen. Hoewel nagenoeg de helft van de logopedisten aangeeft dat bijscholing gewenst is, betreft dit voornamelijk bijscholing in de communicatie met andere zorgverleners in de eerste lijn. Vanuit de koepelorganisatie wordt aangegeven dat logopedisten bij directe toegankelijkheid moeten beschikken over protocollen, waarin ook diagnostiek wordt behandeld. Nu werken de logopedisten op indicatie door anderen.

Aanbeveling

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

2.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

Vanuit zowel de beroepsgroep als de andere gremia wordt benadrukt dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling moet zijn tussen verschillende disciplines in de eerste lijn, met andere woorden er dient een centraal punt te zijn, waar een medisch dossier wordt opgebouwd. Er zijn allerlei ontwikkelingen gaande die hierop kunnen aansluiten zoals het elektronisch medisch dossier en de landelijke logopedieregistratie. Nagenoeg alle logopedisten achten contact met de huisarts noodzakelijk bij direct toegankelijke hulpvragen.

Daarop aansluitend kwam naar voren dat er meer duidelijkheid moet zijn bij andere beroepsgroepen en bij patiënten wat de expertise van de logopedist is. Een goede voorlichting/PR wordt noodzakelijk geacht.

Aanbeveling

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

2.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele logopedisten

Uit deze haalbaarheidsstudie blijkt dat op uitvoerend niveau een hoog percentage (81%) logopedisten positief staat tegenover DT. Bij ongeveer de helft van de geënquêteerde logopedisten bestaat de bereidheid om aan een proefproject mee te werken.

Aanbeveling

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

2.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

Randvoorwaarden die door de logopedisten worden genoemd voor de opzet van eventuele pilot projecten op het terrein van de directe toegankelijkheid betreffen onder meer:

- De mogelijkheid om bij een arts een medische diagnose en eventuele andere medische gegevens op te vragen die voor de behandeling noodzakelijk zijn;
- De overige disciplines in de eerste lijn dienen op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de logopedie;
- De financiering moet zijn gegarandeerd;
- De communicatie en informatie uitwisseling tussen de diverse disciplines in de eerste lijn dient adequaat te zijn;
- De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de logopedie;
- Uitbreiding van de bevoegdheden van de logopedist;
- Logopedist zelf dient inzage te hebben in het medisch dossier van de patiënt.

3 Ergotherapie

In het deelrapport ergotherapie is op landelijk/regionaal en uitvoerend niveau ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van ergotherapeuten in de eerste lijn. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

In onderstaande overzichtstabel ergotherapie wordt in enkele kengegevens de belangrijkste uitkomsten van de haalbaarheidsstudie weergegeven. In de daaropvolgende paragrafen zullen deze aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader worden toegelicht.

Op het terrein van de ergotherapie gaat het uitsluitend om de Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE) die met ingang van 1 januari in het ziekenfondspakket is opgenomen.

Overzichtstabel Ergotherapie

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Aantal ergotherapeuten: 2.500 Werkzaam in de EEE: 800	
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)	
	Ergotherapeuten zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)	
Standpunt DT	Landelijk/regionaal: Overwegend positief tegenover DT	
	Uitvoerend: Positief 75% Neutraal 15% Negatief 10%	
	Patiëntencategorieën DT (meestgenoemd): - Alle categorieën (39%) - Patiënten die zich melden via fysiotherapeut, wijkverpleegkundige e.d. - Reeds bekende patiënten Hulpvragen DT (meestgenoemd): - Alle hulpvragen (73%) - Advisering - Ergotherapeutische diagnostiek	De meningen op landelijk/regionaal en uitvoerend niveau lopen iets uiteen.
	Standpunt relevante partijen ZN twijfelt, afhankelijk van nadere afspraken NPCF positief, onder voorwaarden LHV kritisch, hoewel momenteel vanuit de eerste lijn weinig wordt verwezen VWS nog geen standpunt	Hoewel de diverse organisaties nog geen definitieve standpunten innemen wordt met interesse op de uitkomsten van de verkenning gewacht
Kwaliteitseisen	De NVE verwijst naar algemene kwaliteitseisen. Wel zou inschrijving in het kwaliteitsregister verplicht kunnen worden gesteld.	

	Ook wordt de mogelijkheid geopperd om aanvullende eisen te stellen bij DT	
	Van de geënquêteerde ergotherapeuten vindt 57% bijscholing noodzakelijk	Onderwerpen: - Wet- en regelgeving - Communicatie
Communicatie en Informatie	Van de ergotherapeuten vindt 39% rapportage naar de huisartsen na het eerste contact en na afronding van de behandeling noodzakelijk en 35% uitsluitend na afronding van de behandeling	
	95% is van mening dat het mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Verantwoordelijkheid Declaratiemogelijkheid	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken: - Ja 38% - Ja, mits 36% - Nee 26%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top vijf) - Opvragen medische diagnose - Bekendheid vergroten ergotherapie bij andere werkers in de eerste lijn - Patiënt informeren over de mogelijkheden van de ergotherapie - Garandering van de financiën - Goede informatie uitwisseling in de eerste lijn	De genoemde randvoorwaarden worden elk door meer dan 80% van de ergotherapeuten genoemd

3.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

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

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

De voor- en nadelen die door de ergotherapeuten van het regionale en uitvoerende niveau worden genoemd komen overeen met de in de landelijke interviews genoemde voor- en nadelen. Het werken zonder verwijzing zou ervoor kunnen zorgen dat de cliënt sneller (weer) geholpen kan worden, dat de EEE voor een breder publiek toegankelijk wordt, dat overbodige bureaucratie

wordt voorkomen en de autonomie van de cliënt kunnen bevorderen. Als nadelen worden genoemd: het shopgedrag van cliënten, een toestroom van 'extra' cliënten voor de EEE die wellicht met niet relevante hulpvragen komen, het verliezen van het overzicht door 'het verdwijnen' van de huisarts als coördinator en het gevaar van extra benodigde indirecte tijd voor de ergotherapeut.

Aanbeveling

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

3.2 Kwaliteitseisen ergotherapeuten

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

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

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

Aanbeveling

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

3.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

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

Aanbeveling

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

3.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten

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

Aanbeveling

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

3.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

De belangrijkste randvoorwaarden die door de ergotherapeuten worden genoemd voor de opzet van eventuele pilot-projecten op het terrein van directe toegankelijkheid betreffen onder meer:

- De mogelijkheid om bij een huisarts of specialist informatie m.b.t. de diagnose op te vragen;
- De noodzaak van terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts;
- De noodzaak van een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn;
- Het maken van duidelijke afspraken tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn over doorverwijzen, voorlichting aan cliënten etc. (wie doet wat?);
- Het geven van voorlichting. Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe.
- De tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject.

De financiering moet zijn gegarandeerd.

4 Diëtetiek

In het deelrapport diëtetiek is op landelijk, werkveldgerelateerd en uitvoerend niveau ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van diëtetiek in de eerste lijn. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

In onderstaande overzichtstabel diëtetiek worden in enkele kengegevens de belangrijkste uitkomsten van de haalbaarheidsstudie weergegeven. In de daaropvolgende paragrafen zullen deze aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader worden toegelicht.

Van belang is dat het voornemen bestaat om de diëtetiek over te hevelen van de AWBZ naar het ziekenfonds. Dit is echter mede afhankelijk van politieke ontwikkelingen.

Overzichtstabel diëtetiek

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Aantal werkzame diëtisten: circa 2300 In thuiszorg: 460 Eerstelijns praktijken: 350	
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)	
	De grootste koepelorganisatie is de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) Daarnaast is er ook de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN) waarbij uitsluitend vrijgevestigde diëtisten zijn aangesloten	
Standpunt DT	De NVD is van mening dat de diëtist is toegerust zelf verantwoordelijkheid te dragen en dat directe toegankelijkheid altijd mogelijk is. Momenteel vindt een discussie plaats over de voor- en nadelen van de DT De DCN heeft nog geen standpunt over DT ingenomen	
	Uitvoerend: Positief 62% Neutraal 27% Negatief 11%	
Percentages? Los/ samen	Patiëntencategorieën DT (meestgenoemd): - Alle categorieën cliënten (24%) - Cliënten met overgewicht - Aanmeldingen op advies andere hulpverleners - Clienten met obstipatie - Al bekende clienten - Clienten met hypercholesterolemie Hulpvragen (meestgenoemd): - Alle interventies - Voedingsadvies - Diëtistisch onderzoek en diagnose	Verschillen landelijk en uitvoerend

	Standpunt relevante partijen: ZN prioriteit heeft overgang naar ziekenfonds, terughoudend vanwege mogelijke aanzuigende werking NPCF belangrijk is dat het belang van de patiënt wordt bewaakt LHV kritisch, huisarts dient goed geïnformeerd te zijn VWS nog geen concrete visie, prioriteit heeft de voorgenomen overgang van AWBZ naar ziekenfonds	
Kwaliteitseisen	De NVD wijst op de algemene kwaliteitscriteria en de mogelijkheid een minimum aantal jaren werkervaring als voorwaarde voor DT te stellen	
	Wens/verplichting bijscholing Van de geënquêteerde diëtisten vindt 73% bijscholing noodzakelijk	Onderwerpen: - Kennis wet en regelgeving - Diagnostisch onderzoek - Communicatie met huisartsen en overige disciplines in 1 ^e lijn
Communicatie en Informatie	55% van de diëtisten vindt informatie overdracht zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling nodig	
	97% vindt het van belang dat het mogelijk moet zijn een medische diagnose bij de huisarts op te vragen	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Diëtisten vinden het van belang dat de beroepsverantwoordelijkheid goed wordt geregeld en dat de financiering moet zijn gegarandeerd	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken (%) - Ja 25% - Ja, mits 36% - Nee 39%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top vijf) - Opvragen medische diagnose - Goede communicatie en informatie uitwisseling in de eerste lijn - Garandering financiering - Bekendheid deskundigheid diëtisten vergroten - Uitbreiding bevoegdheid diëtisten voor uitvoeren/aanvragen laboratorium onderzoek	

4.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid

Hoewel directe toegankelijkheid (nog) geen belangrijk beleidsaandachtspunt is binnen de beroepsgroep, staan zowel de koepelorganisatie van diëtisten, de NVD, DCN als de individuele

diëtisten positief tegenover directe toegankelijkheid van de diëtist in de eerste lijn. Dit wordt ondersteund door andere partijen als de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF). Prioriteit gaat momenteel naar de te verwachte overgang van diëtetiek van de AWBZ naar het ziekenfonds en de daaruit mogelijk voortkomende consequenties.

Men was het erover eens dat voor de belangrijkste diagnoses die in de extramurale diëtetiek worden behandeld directe toegankelijkheid mogelijk is. Dit zijn: voedselallergie, diabetes mellitus, overgewicht, maagdarmklachten (zoals obstipatie) en hart- en vaatziekten (waaronder hypercholesterolemie).

Een groep die niet of minder geschikt is voor directe toegankelijkheid zijn psychiatrische patiënten die extramuraal worden behandeld. Dit vanwege de belangrijke rol van medicatie in de psychiatrie. Via de cliënt is hierover onvoldoende betrouwbare informatie te verkrijgen. Ook is vanwege een psychiatrische aandoening het verhaal van de cliënt over de klacht niet of minder betrouwbaar.

Huidige situatie bij directe toegankelijkheid

- Gebleken is, dat een groot deel van de diëtisten die extramuraal werkzaam is regelmatig te maken heeft met cliënten die zonder verwijzing van de (huis)arts bij hen komen. Ongeveer eenderde van de ondervraagde diëtisten heeft hier zelfs wekelijks mee te maken.
- De drie meest genoemde categorieën cliënten die zonder verwijzing bij de diëtist komen zijn cliënten met overgewicht, cliënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling en cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, zoals een wijkverpleegkundige. In een dergelijke situatie vraagt tweederde van de diëtisten achteraf alsnog een verwijfsbrief van de arts. Ruim de helft van de diëtisten noemt daarnaast als mogelijkheid, dat de cliënt eerst naar de arts wordt terugverwezen voor een verwijfsbrief.

Aanbeveling

Voor DT diëtetiek doen zich goede mogelijkheden voor mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn.

4.2 Kwaliteitseisen diëtisten

De financiering van dieetbehandeling bij directe toegang dient gegarandeerd te zijn en in elk geval zodanig geregeld dat er geen financiële prikkel is om eerst naar de arts te gaan.

Ook dient er duidelijkheid te zijn ten aanzien van de beroepsaansprakelijkheid.

Ruim de helft van de diëtisten vond, dat zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling door hen aan de (huis)arts zou moeten worden gerapporteerd in de situatie van directe toegankelijkheid.

Bijna driekwart van de diëtisten achtte bijscholing noodzakelijk in verband met directe toegankelijkheid. Zij dachten dan vooral aan kennis over wet- en regelgeving, het vergroten van de deskundigheid op het gebied van diagnostisch onderzoek en communicatie met (huis)artsen.

Aanbeveling

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

4.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

Over de voorwaarden waaronder directe toegankelijkheid plaats moet vinden dient zorgvuldig nagedacht te worden. Zo dient er een adequate communicatie en informatie uitwisseling te zijn tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn. Het is bijvoorbeeld essentieel dat de diëtist bij directe toegankelijkheid dient te beschikken over relevante medische informatie. Hierin zou kunnen worden voorzien door de diëtist toegang te geven tot het medisch dossier en/of haar bevoegdheden te geven om zelfstandig onderzoek te laten uitvoeren, zoals het laten bepalen van laboratoriumwaarden. Toch was bijna iedereen het erover eens, dat het, in de situatie van directe toegankelijkheid, mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen en overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn.

Aanbeveling

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

4.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele diëtisten

Hoewel het onderwerp directe toegankelijkheid binnen de beroepsgroep momenteel nog geen beleidspunt is, is uit dit onderzoek gebleken dat er wel degelijk belangstelling en draagvlak voor het onderwerp bestaat. Zowel de NVD, de DCN, de diëtisten uit de verschillende werkvelden en de diëtisten die deelnamen aan de steekproef staan grotendeels positief tegenover directe toegankelijkheid.

Een aantal belangrijke voordelen van directe toegankelijkheid die door verschillende geledingen in het onderzoek werden genoemd zijn: drempelverlaging voor de cliënt, een snellere dienstverlening door de diëtist en een besparing van de kosten.

Er worden ook nadelen van directe toegankelijkheid genoemd, zoals het onvolledig of niet over medische gegevens van de cliënt beschikken en de extra tijd die nodig is om deze gegevens te achterhalen. Echter, als aan een aantal randvoorwaarden tegemoet wordt gekomen, zoals toegang van de diëtist tot relevante medische gegevens, zal een deel van de genoemde nadelen niet meer aan de orde zijn.

Verwijzing via andere hulpverleners dan de arts wordt als positief gezien. Over de samenwerkingsrelatie met de arts bij directe toegankelijkheid moet zorgvuldig worden nagedacht. De arts is en blijft spin in het web van de totale medische behandeling van cliënten en moet daarom altijd geïnformeerd blijven.

Een groot deel van de diëtisten is bereid in de toekomst aan een proefproject mee te willen werken.

Aanbeveling

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

4.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

Randvoorwaarden die door de diëtisten worden genoemd betreffen onder meer:

- De mogelijkheid om bij een arts een medische diagnose en eventuele andere medische gegevens op te vragen die voor de behandeling noodzakelijk zijn;

- De overige disciplines in de eerste lijn dienen op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de diëtetiek;
 - De financiering moet zijn gegarandeerd;
 - De communicatie en informatie uitwisseling tussen de diverse disciplines in de eerste lijn dient adequaat te zijn;
 - De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de diëtetiek;
 - Uitbreiding van de bevoegdheden van de diëtist;
- Diëtist zelf dient inzage te hebben in het medisch dossier van de patiënt.

5 Psychologie

In het deelrapport DT Psychologen in de eerste lijn is ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologen (ELP); op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

In onderstaande overzichtstabel eerstelijns psychologen wordt een aantal kengegevens uit het deelrapport samengevat. Deze worden in de daaropvolgende paragrafen aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader toegelicht.

Overzichtstabel eerstelijns psychologen

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Het huidige aantal fte's ELP wordt geschat op circa 1000 (situatie 2003)	
	Gezondheidszorgpsychologen vallen onder artikel 3 van de Wet BIG en kennen een verplichte registratie met periodieke herregistratie, een wettelijk tuchtrecht en een beroepstitel	
	ELPen zijn verenigd in de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) Regionaal kent de LVE regionale organen van ELP (ROEP)	
Standpunt DT	Landelijk / regionaal DT is haalbaar, een mogelijk risico is het niet opmerken van een lichamelijke achtergrond van het probleem	
	Uitvoerend: Positief 71% Neutraal 18% Negatief 12%	
	Patiëntencategorieën (meestgenoemd) - Alle categorieën (genoemd door 44% van de respondenten) - Patiënten die reeds bekend zijn - Patiënten met relatieproblemen - Patiënten met overspannenheid/burnout - Patiënten met psycho-sociale problemen Interventies (meestgenoemd) - Alle interventies (92%) - Cognitieve therapie - Gedragstherapie - Gesprekstherapie - Rationeel Emotieve Therapie - Trainen/oefenen van activiteiten	Op landelijk niveau wordt met name de categorie reeds bekende patiënten genoemd

	Standpunt relevante partijen: ZN Positief aspect is dat zich substitutie-effecten kunnen voordoen t.a.v. de huisarts, ontwikkeling DT ELP is mede afhankelijk van ontwikkelingen modernisering eerste lijn NPCF Positief, wellicht ook voor patiënten waarvoor het verwerken van ziekten grote problemen geeft LHV De ELP is nu al (wettelijk) direct toegankelijk, huisartsen willen functioneel poortwachter zijn VWS Ontwikkelingen mede afhankelijk van algemene ontwikkelingen op het terrein van de modernisering van de eerste lijn	
Kwaliteitseisen	Feitelijk zijn alle geregistreerde ELP nu reeds direct toegankelijk. Vanuit financiële overwegingen (vergoeding) wordt door ziektekostenverzekeraars veelal om een verwijzing gevraagd	
	42% van de ELP vindt bijscholing nodig	Onderwerpen: - Herkennen pathologie - Kennis wet en regelgeving - Communicatie met artsen en anderen in de eerste lijn
Communicatie en Informatie	38% vindt informeren van de huisarts nodig zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling, 18% uitsluitend na afronding van de behandeling	
	83% vindt dat het mogelijk moet blijven informatie van de huisarts op te vragen	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Verantwoordelijkheden dienen duidelijk te worden vastgelegd	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken - Ja 38% - Ja, mits 37% - Nee 24%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top vijf) - Mogelijkheid opvragen informatie bij huisarts - Garantie financiering - Vergroting bekendheid ELP bij overige disciplines - Communicatie in de eerste lijn - Heldere taakverdeling in de eerste lijn	

5.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

Over het geheel genomen is men van mening dat het uitvoeren van proefprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid van de eerstelijns psychologen (ELP) een goede zaak is.

Formeel zijn de ELPen vanuit de Wet BIG momenteel al direct toegankelijk. Hoewel er sprake van is om de ELP op te nemen in het ziekenfondspakket is dat tot nu toe nog niet geëffectueerd. De huidige financiering vindt doorgaans plaats vanuit aanvullende verzekeringen en/of eigen bijdragen. Ziektekostenverzekeraars verbinden in wisselende mate voorwaarden om voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking te komen. Een van die voorwaarden is de verwijzing van een huisarts. Ruim 70% van de ELPen staat positief tegenover directe toegankelijkheid.

Momenteel komt al een groot scala aan patiëntengroepen en probleemgebieden zonder verwijzing bij de ELP. De ELPen zijn van mening dat een groot scala aan problemen en patiëntengroepen voor directe toegankelijkheid in aanmerking komt. Een voorbehoud wordt gemaakt bij patiënten waarbij psychiatrische aandoeningen een rol spelen. Ook worden opmerkingen gemaakt rond patiënten die gebruik maken van medicijnen, waarbij ook de mogelijkheid wordt geopend om zelf bepaalde soorten medicijnen voor te kunnen schrijven.

Aanbeveling

ELP kan in zijn geheel direct toegankelijk worden mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn.

5.2 Kwaliteitseisen ELPen

De kwaliteitseisen die nu gesteld worden aan de ELP, rekening houdend met de kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief worden voldoende geacht voor het behandelen van direct toegankelijke hulpvragen. Wensen voor nascholing betreffen met name: herkennen van pathologie (zowel somatisch als psychiatrisch), kennis van regelgeving, communicatie binnen de eerste lijn.

Aanbeveling

Voor psychologen die daar behoefte aan hebben een adequate bijscholing organiseren met name op het terrein van het herkennen van pathologie, regelgeving en communicatie binnen de eerste lijn.

5.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

Door de ELPen wordt benadrukt dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling moet zijn tussen verschillende disciplines in de eerste lijn, met andere woorden er dient een centraal punt te zijn, waar een medisch dossier wordt opgebouwd. Er zijn allerlei ontwikkelingen gaande die hierop kunnen aansluiten zoals samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en ELPen en ontwikkelingen op het terrein van een elektronisch medisch dossier. Meer dan de helft van de ELPen acht het van belang de huisarts te informeren over de behandeling.

Aanbeveling

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

5.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder ELPen

Het draagvlak voor het uitvoeren van proefprojecten is groot, driekwart van de ELPen is bereid hieraan mee te werken. Voorwaarden die daarbij worden genoemd zijn: voldoende ondersteuning en back-up, niet teveel extra werk, de praktijk goed kunnen blijven doordraaien, niet wijkgebonden moeten werken, vereenvoudiging van de declaraties, samenwerking met de huisartsen, garandering van de betaling.

Aanbeveling

Wanneer er ELPen worden geselecteerd voor deelname aan een proefproject verdient het de voorkeur om die praktijken te selecteren die minimaal 0,5 fte ELP leveren.

5.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

De belangrijkste randvoorwaarden ten aanzien van directe toegankelijkheid zijn de volgende:

- Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als dat voor de behandeling noodzakelijk is;
- De financiering moet zijn gegarandeerd;
- De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de ELP;
- Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van gegevens naar een centraal punt);
- Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de disciplines in de eerste lijn;
- De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de ELP;
- De bevoegdheden van de ELPen moeten worden uitgebreid;

De ELP zou zelf inzage moeten hebben in het medisch dossier van de patiënt.

6 Oefentherapie Cesar

In het deelrapport Oefentherapie Cesar is op drie niveau's ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van oefentherapeuten in de eerste lijn; op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en het Nederlands paramedisch instituut. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

In onderstaande overzichtstabel oefentherapie Cesar wordt een aantal kengegevens uit het deelrapport samengevat. Deze worden in de daaropvolgende paragrafen aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader toegelicht.

Van belang is dat per 1 januari 2004 Oefentherapie Cesar voor een groot deel niet meer in het basispakket van het ziekenfonds is opgenomen.

Overzichtstabel Oefentherapie Cesar

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Aantal oefentherapeuten Cesar: 920 (peiling 2002) Waarvan 95% werkzaam is in een vrijgevestigde praktijk	
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)	
	Verenigd in de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)	
Standpunt DT	Landelijk: De VBC acht DT wenselijk voor een aantal patiëntencategorieën	
	Uitvoerend: Positief 64% Neutraal 20% Negatief 16%	
	Patiëntencategorieën (meestgenoemd) - Alle categorieën (door 26% genoemd) - Recidiverende klachten - Chronische klachten - Kinderen met houdingsafwijkingen - Eerste maal rugklachten - Werkgerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat Interventies (meestgenoemd) - Alle interventies (66%) - Advisering - Eenmalige behandeling	

	Standpunt relevante partijen ZN mede afhankelijk van pakketmaatregelen NPCF positief, mits het belang van de patiënten goed wordt bewaakt LHV kritisch, LHV denkt met name aan DT bij recidiverende klachten en geprotocolleerde zorg VWS nog geen definitief standpunt, hangt mede af van besluitvorming rond DT fysiotherapie	
Kwaliteitseisen	VBC acht het van belang dat er een protocol bij DT kan worden gehanteerd, dit dient te worden ontwikkeld	
	Van de geënquêteerde oefentherapeuten Cesar vindt 69% bijscholing nodig	Onderwerpen: - Hoed u voor valkuilen - Kennis wet en regelgeving - Communicatie artsen en anderen in de eerste lijn - Indicatiestelling - Pathologie
Communicatie en Informatie	Van de oefentherapeuten Cesar vindt 50% rapportage naar de huisarts zowel na het eerste contact als na afronding nodig en 34% uitsluitend na afronding van de behandeling	
	93% van de oefentherapeuten Cesar vindt dat het mogelijk moet blijven informatie bij de huisarts op te vragen	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Het is van belang praktische zaken zoals regelgeving en vergoeding van behandeling goed te regelen	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken: - Ja 28% - Ja, mits 35% - Nee 37%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top vijf) - Regelgeving en afdekken verantwoordelijkheid en beroepsaansprakelijkheid - Informatie naar patiënten en huisartsen - Ontwikkelen protocol wederzijdse informatie en communicatie (huisartsen) - Organiseren bij- en nascholing - Vergoeding evt. deelname project	

6.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen

Alle geraadpleegde partijen zijn van mening dat er patiënten zijn waarvoor directe toegankelijkheid mogelijk is. Niet alle patiënten komen in aanmerking voor directe toegankelijkheid; volledige directe toegankelijkheid wordt door geen der partijen wenselijk geacht.

De beroepsorganisatie, individuele beroepsbeoefenaren en de patiënten zien, onder bepaalde voorwaarden, overwegend voordelen van een gedeeltelijke directe toegankelijkheid.

Binnen de beroepsgroep lijkt er voldoende bereidheid om mee te werken aan een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar.

Niet alle partijen zijn overtuigd van de wenselijkheid van directe toegankelijkheid. De LHV vreest voor een uitholling van de functie van de huisarts als functionele poortwachter. Er zou een situatie kunnen ontstaan waarbij het overzicht verloren raakt over het integrale zorgdossier van de patiënt. Vanuit privacy oogpunt vindt de LHV het niet wenselijk dat alle zorgverleners inzicht hebben in het integraal medisch dossier.

De LHV (en VBC) zijn bang dat de hoge werkdruk een belangrijke reden is voor invoering van de directe toegankelijkheid. Zowel de LHV als de VBC verwacht niet dat invoering van directe toegankelijkheid zal leiden tot een vermindering van de werkdruk van huisartsen.

Zorgverzekeraars zijn bang dat directe toegankelijkheid zal leiden tot onbeheersbare kosten.

Aanbeveling

Directe toegankelijkheid lijkt mogelijkheden te bieden voor:

- Patiënten met recidiverende klachten die al eerder onder behandeling waren van een oefentherapeut Cesar (en die hier baat bij hebben gehad);
- Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk;
- Patiënten met werkgerelateerde klachten;
- Patiënten met houdingsafwijkingen waarbij men door tijdig raadplegen van de oefentherapeut de kans kan verkleinen op verergering of het chronisch worden van deze klachten;
- Kinderen met houdingsafwijkingen;
- Patiënten die een éénmalig consult wensen in verband met klachten aan het bewegingsapparaat of houdingsafwijkingen.

6.2 Kwaliteitseisen oefentherapeuten

Uit de enquête onder oefentherapeuten is gebleken dat het merendeel van de oefentherapeuten nascholing noodzakelijk acht voordat de directe toegankelijkheid ingevoerd kan worden. Hoed u voor valkuilen wordt het meest genoemd als onderwerp voor na- en bijscholing (78%) van de respondenten. Daarnaast vindt 70% van de ondervraagden dat de kennis van wet- en regelgeving tekortschiet.

Aanbeveling

Voor invoering van directe toegankelijkheid zou een bijscholing “Hoed u voor valkuilen” voor oefentherapeuten Cesar moeten komen. Het herkennen van “red & yellow flags” moet hier onderdeel van uit maken. Daarnaast zou de kennis van wet- en regelgeving een onderdeel van de bijscholing moeten zijn.

Er moeten voor directe toegankelijkheid duidelijke protocollen komen voor de oefentherapeuten Cesar met betrekking tot de te bereiken effecten. Indien de effecten niet bereikt worden dan zal verwijzing naar de huisarts moeten plaatsvinden.

Vanuit de NPCF wordt de nadruk gelegd op het actiever informeren van de patiënt over de verschillende behandelmogelijkheden en het actiever betrekken bij de effectevaluatie van de behandeling.

6.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

Communicatie is door verschillende partijen als een belangrijk onderwerp genoemd bij de invoering van de directe toegankelijkheid. De wenselijkheid tot na- en bijscholing op dit gebied is uit de enquête onder de oefentherapeuten duidelijk naar voren gekomen. Ook de patiënten en het NPI hebben dit aangegeven als aandachtspunt.

Zowel bij de patiënten als bij de (huis)artsen moet de bekendheid van de mogelijkheden van de oefentherapie Cesar toenemen.

De oefentherapeut zal bij het stellen van een werkd Diagnose meer aangewezen zijn op informatie die verkregen wordt van de patiënten. De patiënten moeten hierdoor duidelijke en goede informatie verschaffen. Van de oefentherapeut kan dit een grotere vaardigheid vereisen in het uitvragen van de patiënt teneinde alle relevante informatie te krijgen. Het gaat hierbij met name om het achterhalen van informatie waar de patiënt zelf niet direct aan denkt maar die toch relevant is voor de behandeling.

De oefentherapeut zal zich beter bewust moeten zijn van het feit dat hij de patiënt duidelijk moet informeren over de behandelmogelijkheden en de behandelalternatieven.

Vanuit de beroepsorganisatie is er behoefte om te onderzoeken of het hanteren van een behandelovereenkomst een toegevoegde waarde kan hebben.

De oefentherapeut moet de huisarts raadplegen bij patiënten met complexe klachten of bij het optreden van complicaties. De drempels voor het raadplegen van de huisarts moeten hierbij laag zijn; de mening van de arts moet eenvoudig gevraagd kunnen worden.

Een goede verslaglegging is belangrijk naar de huisarts als beheerder van het patiëntendossier.

Door circa de helft van de responderende oefentherapeuten wordt aangegeven dat zij het noodzakelijk vinden om bijgeschoold te worden in de communicatie met artsen en overige zorgverleners in de eerste lijn alvorens de directe toegankelijkheid wordt ingevoerd.

Aanbeveling

Het geven van grotere bekendheid van de mogelijkheden van oefentherapie Cesar aan zowel huisartsen als patiënten.

6.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

Het merendeel, namelijk 63 %, van de responderende oefentherapeuten Cesar staat positief of sterk positief tegenover directe toegankelijkheid, 20 % staat hier neutraal tegenover. Tenslotte is er een minderheid van de oefentherapeuten die negatief of sterk negatief tegenover de directe toegankelijkheid staat.

Aanbeveling

Er lijkt voldoende draagvlak voor een proefproject directe toegankelijkheid te zijn. Wel moet aan de eerder genoemde voorwaarden zijn voldaan.

6.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

Door oefentherapeuten Cesar wordt als belangrijke randvoorwaarden voor deelname aan de directe toegankelijkheid in het algemeen genoemd dat:

- het moet mogelijk zijn om bij de arts een medische diagnose en/of relevante gegevens op te vragen;
- er voldoende bekendheid moet zijn van de mogelijkheden van oefentherapie Cesar;
- de financiering gegarandeerd moet zijn;
- er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn;
- de beroepsaansprakelijkheid moet goed geregeld zijn;
- de wettelijke kaders moeten aanwezig zijn voor directe toegankelijkheid.

Als voorwaarden voor deelname aan het proefproject directe toegankelijkheid worden door oefentherapeuten Cesar genoemd:

- de werkgever en collega's moeten meewerken;
- de tijdsinvestering niet al te groot is;
- mits er voldoende bekendheid aan het project wordt gegeven
- mits een vergoeding betaald wordt voor verrichte werkzaamheden.

7 Oefentherapie Mensendieck

In het deelrapport Oefentherapie Mensendieck is op drie niveaus ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van oefentherapeuten in de eerste lijn; op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

In onderstaande overzichtstabel Oefentherapie Mensendieck wordt een aantal kengegevens uit het deelrapport samengevat. Deze worden in de daaropvolgende paragrafen aan de hand van de hoofdvragen van de verkenning nader toegelicht.

Van belang is dat per 1 januari 2004 Oefentherapie Mensendieck voor een groot deel niet meer in het basispakket van het ziekenfonds is opgenomen

Overzichtstabel Oefentherapie Mensendieck

Hoofdvragen	Uitwerking	Opmerkingen
Kengegevens	Aantal oefentherapeuten Mensendieck: 945 (peiling 2002) Waarvan 95% werkzaam is in een vrijevestigde praktijk	
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)	
	Verenigd in de Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)	
Standpunt DT	Landelijk: De NVOM acht DT (gedeeltelijk) wenselijk Individuele therapeuten moeten zelf kunnen kiezen voor DT	
	Uitvoerend: Positief 71% Neutraal 18% Negatief 11%	
	Patiëntencategorieën (meestgenoemd) - Alle categorieën (door 29% genoemd) - Recidiverende klachten - Chronische klachten - Kinderen met houdingsafwijkingen - Eerste maal rugklachten - Werkgerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat Interventies (meestgenoemd) - Alle interventies (73%) - Advisering - Behandelingen - Eenmalige behandeling	

	Standpunt relevante partijen ZN mede afhankelijk van pakketmaatregelen NPCF positief, mits het belang van de patiënten goed wordt bewaakt LHV kritisch, LHV denkt met name aan DT bij recidiverende klachten en geprotocolleerde zorg VWS nog geen definitief standpunt, hangt mede af van besluitvorming rond DT fysiotherapie	
Kwaliteitseisen	Wie komen in aanmerking voor DT? NVOM acht het van belang dat er een protocol bij DT kan worden gehanteerd, dit dient te worden ontwikkeld	
	Van de geënquêteerde oefentherapeuten Mensendieck vindt 74% bijscholing nodig	Onderwerpen: - Hoed u voor valkuilen - Kennis wet en regelgeving - Communicatie artsen - Indicatiestelling - Pathologie
Communicatie en Informatie	Van de oefentherapeuten Mensendieck vindt 42% rapportage naar de huisarts zowel na het eerste contact als na afronding nodig, en 42% uitsluitend na afronding van de behandeling	
	95% van de oefentherapeuten Mensendieck vindt dat het mogelijk moet blijven informatie bij de huisarts op te vragen	
Juridisch en verzekeringstechnisch	Het is van belang praktische zaken zoals regelgeving en vergoeding van behandeling goed te regelen	
Draagvlak / haalbaarheid proefprojecten	Bereidheid mee te werken: - Ja 36% - Ja, mits 35% - Nee 29%	
	Randvoorwaarden en aandachtspunten (top vijf) - Regelgeving - Informatie naar patiënten - Informatie naar huisartsen - Ontwikkelen protocol wederzijdse informatie (huisartsen) - Ontwikkelen protocol werkwijze en communicatie oefentherapeut - huisarts - Organiseren bij- en nascholing - Vergoeding evt. deelname project	

7.1 Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen

Alle geraadpleegde partijen zijn van mening dat er patiënten zijn waarvoor directe toegankelijkheid mogelijk is. Niet alle patiënten komen in aanmerking voor directe toegankelijkheid; volledige directe toegankelijkheid wordt door geen der partijen wenselijk geacht.

De NVOM is van mening dat de individuele oefentherapeuten vrijelijk moeten kunnen kiezen of zij wel of niet willen deelnemen aan vrije toegankelijkheid; verplichte deelname is in ieder geval niet wenselijk.

De beroepsorganisatie, individuele beroepsbeoefenaren en de patiënten zien, onder bepaalde voorwaarden, overwegend voordelen van een gedeeltelijke directe toegankelijkheid.

Binnen de beroepsgroep lijkt er voldoende bereidwilligheid om mee te werken aan een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck.

Niet alle partijen zijn overtuigd van de wenselijkheid van directe toegankelijkheid. De LHV vreest voor een uitholling van de functie van de huisarts als functionele poortwachter. Er zou een situatie kunnen ontstaan waarbij het overzicht verloren raakt over het integrale zorgdossier van de patiënt. Vanuit privacy oogpunt vindt de LHV het niet wenselijk dat alle zorgverleners inzicht hebben in het integraalmedisch dossier.

De LHV is bang dat de hoge werkdruk een belangrijke reden is voor invoering van de directe toegankelijkheid. De LHV verwacht niet dat invoering van directe toegankelijkheid zal leiden tot een vermindering van de werkdruk van huisartsen.

Zorgverzekeraars zijn bang dat directe toegankelijkheid zal leiden tot onbeheersbare kosten.

Aanbeveling

Directe toegankelijkheid lijkt mogelijkheden te bieden voor:

- Patiënten met recidiverende klachten die al eerder onder behandeling waren van een oefentherapeut Mensendieck (en die hier baat bij hebben gehad);
- Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk;
- Patiënten met chronische klachten/aandoeningen die al eerder behandeld zijn;
- Patiënten met werkgerelateerde klachten;
- Patiënten met houdingsafwijkingen;
- Kinderen met houdingsafwijkingen;
- Patiënten met lumbago;
- Patiënten die voor de 1e maal rugklachten hebben;
- Patiënten die een éénmalig consult wensen in verband met klachten aan het bewegingsapparaat of houdingsafwijkingen.

7.2 Kwaliteitseisen oefentherapeuten-Mensendieck

Uit de enquête onder oefentherapeuten-Mensendieck is gebleken dat het merendeel van de oefentherapeuten nascholing noodzakelijk acht voordat de directe toegankelijkheid ingevoerd kan worden.

Hoed u voor valkuilen wordt het meest genoemd als onderwerp voor na- en bijscholing (74 %) van de respondenten.

Daarnaast vindt 63 % van de ondervraagden dat de kennis van wet- en regelgeving tekortschiet. Ook de communicatie met artsen (51 %) en overige disciplines (49 %) en kennis van indicatiestellingen (49 %) en pathologie (38 %) worden veel genoemd als noodzakelijke onderwerpen voor na- en bijscholing.

Aanbeveling

Voor invoering van directe toegankelijkheid zou een bijscholing “Hoed u voor valkuilen” voor oefentherapeuten-Mensendieck moeten komen. Het herkennen van “red & yellow flags” moet hier

onderdeel van uit maken. Daarnaast zouden de volgende onderwerpen een onderdeel van de bijscholing moeten zijn:

- kennis van wet- en regelgeving;
- communicatie met artsen en overige disciplines in de eerste lijn;
- kennis van indicatiestelling;
- kennis van pathologie.

Vanuit de NPCF wordt de nadruk gelegd op het actiever informeren van de patiënt over de verschillende behandelmogelijkheden en het actiever betrekken bij de effectevaluatie van de behandeling.

7.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

Communicatie is door verschillende partijen als een belangrijk onderwerp genoemd bij de invoering van de directe toegankelijkheid. De wenselijkheid tot na- en bijscholing op dit gebied is uit de enquête onder de oefentherapeuten duidelijk naar voren gekomen. Ook de patiënten en het NPI hebben dit aangegeven als aandachtspunt.

De oefentherapeut-Mensendieck zal bij het stellen van een werkdiagnose meer aangewezen zijn op informatie die verkregen wordt van de patiënten. De patiënten moeten hierdoor duidelijke en goede informatie verschaffen. Van de oefentherapeut-Mensendieck kan dit een grotere vaardigheid vereisen in het uitvragen van de patiënt teneinde alle relevante informatie te krijgen. Het gaat hierbij met name om het achterhalen van informatie waar de patiënt zelf niet direct aan denkt maar die toch relevant is voor de behandeling.

De oefentherapeut-Mensendieck zal zich beter bewust moeten zijn van het feit dat hij de patiënt duidelijk moet informeren over de behandelmogelijkheden en de behandel-alternatieven.

De oefentherapeut-Mensendieck moet de huisarts raadplegen bij patiënten met complexe klachten of bij het optreden van complicaties. De drempels voor het raadplegen van de huisarts moeten hierbij laag zijn; de mening van de arts moet eenvoudig gevraagd kunnen worden.

Een goede verslaglegging is belangrijk naar de huisarts, als beheerder van het patiëntendossier.

Door circa de helft van de responderende oefentherapeuten-Mensendieck wordt aangegeven dat zij het noodzakelijk vinden om bijgeschoold te worden in de communicatie met artsen en overige zorgverleners in de eerste lijn alvorens de directe toegankelijkheid wordt ingevoerd.

Aanbeveling

De verzorging van een goede informatievoorziening voor zowel andere zorgverleners in de eerste lijn als naar patiënten over de competenties en mogelijkheden van oefentherapie Mensendieck.

7.4 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

Het merendeel, namelijk 71 %, van de responderende oefentherapeuten-Mensendieck staat positief of sterk positief tegenover directe toegankelijkheid, 18 % staat hier neutraal tegenover. Tenslotte is er een minderheid van de oefentherapeuten die negatief of sterk negatief tegenover de directe toegankelijkheid staat (samen 11 %).

Aanbeveling

Er is voldoende draagvlak voor een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie Mensendieck. Wel moet aan de eerder genoemde voorwaarden zijn voldaan.

7.5 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

Door oefentherapeuten-Mensendieck wordt als belangrijke randvoorwaarden voor deelname aan de directe toegankelijkheid in het algemeen genoemd dat:

- het moet mogelijk zijn om bij de arts een medische diagnose en/of relevante gegevens op te vragen;
- er moet een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn zijn (terugkoppeling van behandeling naar een centraal punt);
- er moet voldoende bekendheid zijn van de mogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck voor de patiënten;
- er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn;
- de financiering moet gegarandeerd zijn;
- de oefentherapeut-Mensendieck zou het medisch dossier in moeten kunnen zien;
- de beroepsaansprakelijkheid moet goed geregeld zijn;
- de wettelijke kaders moeten aanwezig zijn voor directe toegankelijkheid.

Als voorwaarden voor deelname aan het proefproject directe toegankelijkheid worden door oefentherapeuten Cesar genoemd:

- er moeten afspraken gemaakt worden over het aantal patiënten dat zonder verwijzing behandeld kan worden;
- er moet duidelijke informatie voor de patiënten komen, zodat zij weten bij welke praktijken ze terecht kunnen voor welke klachten;
- het moet mogelijk worden om informatie in te winnen bij andere behandelaars (dan de huisarts) zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar;
- de patiënt zou zelf over de uitslagen van onderzoeken moeten kunnen beschikken.

8 Algemene conclusies en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk zal worden ingegaan op de gestelde hoofdvragen van het onderzoek en zullen de conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.

Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de huisarts?

In onderstaande tabel wordt op deze vraag ingegaan. Voor de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen kan worden verwezen naar de voorgaande paragrafen en de deelrapporten. Vanuit alle disciplines worden echter randvoorwaarden genoemd die daarbij een rol spelen. Over het geheel kan worden geconcludeerd dat voor alle onderzochte disciplines geldt dat er zeker mogelijkheden bestaan om DT vorm te geven. Op landelijk, regionaal en uitvoerend niveau bestaat draagvlak. Aan de opmerkingen en randvoorwaarden die worden gesteld kan worden tegemoet gekomen. Wel dienen per project de zaken goed te worden uitgewerkt en worden voorbereid.

Tabel 8.1 Mogelijkheid DT

Discipline	DT mogelijk	Opmerkingen (randvoorwaarden)
Logopedie	Ja	Algemene randvoorwaarden die daarbij worden gesteld zijn onder meer: - vergroten van de bekendheid van de discipline zowel naar andere zorgverleners als naar patiënten - goede communicatie binnen de eerste lijn - mogelijkheid opvragen relevante informatie over de patiënt
Ergotherapie	Ja	
Diëtetiek	Ja	
Psychologie	Ja	
Oefentherapie Mensendieck	Ja	
Oefentherapie Cesar	Ja	

8.1 Welke patiënten komen daarvoor in aanmerking?

Het antwoord op de vraag welke patiënten daarvoor in aanmerking komen verschilt uiteraard per discipline. De vraag kan vanuit twee invalshoeken worden benaderd: vanuit specifieke patiënten categorieën en/of speciale hulpvragen.

Bij alle disciplines geeft een percentage hulpverleners aan dat in principe alle categorieën patiënten en hulpvragen/interventies in aanmerking komen voor DT.

Ook is er echter een aantal hulpverleners dat uitdrukkelijk kanttekeningen bij DT plaatst. Deze kanttekeningen worden in tabel 8.2 in kaart gebracht.

Tabel 8.2 Patiëntencategorieën en hulpvragen DT

Discipline	Patiënten categorieën en Hulpvragen/interventies	Opmerkingen
Logopedie	Alle patiënten 49% Alle interventies 52%	In veel gevallen wordt opgemerkt dat het belangrijk is om geen pathologie over het hoofd te zien en dat daarom een goede communicatie met de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn uiterst belangrijk is. Informatie over de patiënt dient zo goed mogelijk toegankelijk te zijn.
Ergotherapie	Alle patiënten 39% Alle interventies 73%	
Diëtetiek	Alle patiënten 24% Alle interventies 45%	
Psychologie	Alle patiënten 44% Alle interventies 92%	
Oefentherapie Mensendieck	Alle patiënten 29% Alle interventies 73%	
Oefentherapie Cesar	Alle patiënten 26% Alle interventies 66%	

Welke **overeenkomsten en verschillen** vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen?

Over het algemeen wordt een voorbehoud gemaakt voor DT voor psychiatrische patiënten. De problematiek is daarbij zo complex (interactie met medicijnen e.d.) dat een medische indicatie over het algemeen als noodzakelijk wordt gezien.

Sommige disciplines stellen zich op het standpunt dat met DT kan worden gestart op specifieke terreinen en/of patiëntencategorieën en dat vervolgens naar meer vragen/patiënten uit te breiden, anderszins wordt ervoor gepleit direct vrij breed te starten en op basis van de ervaringen in de pilot projecten tot een onderbouwde keuze te komen. Beide opties zijn mogelijk.

Aanbeveling:

Bij het opzetten van pilotprojecten uitgaan van algemene toegankelijkheid. Afhankelijk van praktijkervaringen in de pilots kunnen bij de implementatie van DT de in aanmerking komende hulpvragen en patiëntencategorieën nader worden gespecificeerd.

Zijn **patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken** tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?

Deze vraag is niet benaderd vanuit de patiënten, hoewel wel patiëntenorganisaties om de mening is gevraagd, maar is in dit project primair benaderd vanuit de hulpverleners.

Bijna alle genoemde hulpverleners geven aan dat veel patiënten (maar ook de huidige verwijzers) niet goed op de hoogte zijn van de competenties van de diverse disciplines. Een actief beleid om dergelijke informatie over te dragen wordt dan ook door alle genoemde disciplines als een randvoorwaarde naar voren gebracht.

Aanbeveling:

Een start DT vergezeld laten gaan van een actief beleid de consument te informeren over de mogelijkheden van de diverse beroepsbeoefenaars.

Aan welke **kwaliteitseisen** dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen.

Voor alle disciplines geldt dat de huidige kwaliteitseisen in principe een goed uitgangspunt vormen. Wel wordt over het algemeen uitgesproken dat bij realisatie van DT bij- of nascholing wenselijk is.

Bijna unaniem liggen die wensen op de volgende terreinen:

- herkennen pathologie, alert zijn op mogelijke pathologie, hoedt u voor valkuilen
- communicatie met huisartsen en andere werkers in de eerste lijn
- kennis van wet en regelgeving

Aanbeveling:

De start van een pilot DT vergezeld laten gaan van een na- of bijscholingstraject op het terrein van pathologie, communicatie in de eerste lijn en kennis van wet en regelgeving.

Dienen er nadere **eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn**? En zo ja, welke?

Zoals ook al onder kwaliteitseisen naar voren is gekomen wordt het aspect van een goede informatie en communicatie door alle disciplines naar voren gebracht. Het wederzijds kunnen beschikken over relevante informatie wordt zeer belangrijk gevonden. In het huidige stelsel is de huisarts de houder van een centraal dossier. Dat betekent dat de huisarts informatie van de andere zorgverleners dient op te nemen in het dossier. Op termijn kan gedacht worden aan de ontwikkeling van een centraal dossier voor de eerste lijn waarbij de diverse disciplines toegang hebben tot een voor hen relevant deel.

Dat vraagt echter afstemming van de diverse informatiesystemen die nu in gebruik zijn en veelal specifiek voor een discipline zijn ontwikkeld. In de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van november 2003 over een toekomstbestendige eerstelijnszorg wordt het volgende opgemerkt: "Het gevaar van de functionele benadering van de eerstelijnszorg sluit aan bij de functionele aanspraken in de AWBZ. Het gevaar van de functionele benadering is echter ook een toenemend versnipperd zorgaanbod, waarbij zorgaanbieders onderling niet weten wie wat doet. Dit kan een goede samenwerking in de weg staan en is nadelig voor de samenhang in en de kwaliteit van de zorg. Dit betekent dat informatie-uitwisseling door ICT en een elektronisch patiëntendossier (EPD) voor de toekomstbestendige eerstelijnszorg van groot belang zijn. De verwachting is dat veel patiënten ervoor kiezen dat de huisarts dit EPD gaat beheren, maar er zijn ook andere mogelijkheden."

In de brief wordt niet nader ingegaan op de concrete mogelijkheden om hieraan invulling te geven. Wel zou een dergelijk EPD voorzien in de informatie en communicatie behoefte die in de haalbaarheidsstudie is geuit.

Voor DT is niet zozeer de organisatie van de eerstelijnszorg van belang, maar meer de mogelijkheden de informatie en communicatiefunctie te optimaliseren. In een structuur zoals geschetst in de toekomstbestendige eerstelijnszorg die buurtgericht is georganiseerd bestaan in principe goed mogelijkheden de informatie en communicatiefunctie in te vullen. Deze visie is echter sterk geënt op (groot)stedelijke agglomeraties. Op het platteland wordt vaak op meer informele wijze de informatie en communicatiefunctie gerealiseerd, waardoor ook in dergelijke situaties goede voorwaarden voor projecten bestaan.

Aanbeveling:

Bij de opzet van pilots elektronische informatie uitwisseling faciliteren.

Aanbeveling:

Pilotprojecten dienen zowel in (groot)stedelijke agglomeraties als in plattelands situaties te worden gerealiseerd.

Aan welke **juridische en verzekeringstechnische voorwaarden** moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.

De huidige belemmeringen die een rol spelen bij DT liggen met name bij de huidige formuleringen in de Wet BIG en de ziekenfondswet. In het kader van een pilot op het terrein van de fysiotherapie is daarvoor in een eerdere fase in overleg met het ministerie van VWS een oplossing gevonden. Op termijn zou de tekst van de bestaande wetten en regels dienen te worden aangepast. Juist een pilot kan daarbij ondersteuning en de tijd bieden om dergelijke zaken nader uit te werken. De huidige regelgeving staat een pilot niet in de weg.

Uit de eerdere ervaring met de pilot fysiotherapie blijkt eveneens dat de beroepsaansprakelijkheid geen problemen oplevert.

Aanbeveling:

Voor de start van een pilot duidelijke afspraken te maken over 'vrijstelling' van de bestaande regelgeving en regelen van zaken op het terrein van de beroepsaansprakelijkheid.

Wat is het **draagvlak** onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partijen (huisartsen en tandartsen) zullen worden betrokken.

Uit de diverse uitgevoerde verkenningen blijkt dat er bij de diverse disciplines een aanzienlijk draagvlak bestaat voor DT. In onderstaande tabel wordt dat in beeld gebracht, waarbij zowel het percentage beroepsbeoefenaars in beeld wordt gebracht dat positief staat tegenover DT als het percentage beroepsbeoefenaars dat in principe bereid is aan een eventuele pilot mee te werken.

Tabel 8.3 Draagvlak DT

Discipline	Draagvlak DT	Opmerkingen (randvoorwaarden)
Logopedie	Positief 81% Bereid 48%	Bij de bereidheid wordt door een aantal beroepsbeoefenaars een aantal voorwaarden gesteld waaraan voldaan zou moeten worden, over het algemeen gaat het om: - Regelgeving - Informatie naar patiënten - Informatie naar eerstelijnszorg - Ontwikkelen protocol wederzijdse informatie-uitwisseling - Organiseren bij- en nascholing - Vergoeding eventuele deelname project
Ergotherapie	Positief 75% Bereid 74%	
Diëtetiek	Positief 62% Bereid 61%	
Psychologie	Positief 71% Bereid 75%	
Oefentherapie Mensendieck	Positief 64% Bereid 63%	
Oefentherapie Cesar	Positief 71% Bereid 71%	

Uit deze informatie blijkt dat men binnen alle disciplines in meerderheid van oordeel is dat DT een ontwikkeling is die de moeite van het bestuderen waard is. Ook is een flink percentage bereid aan een mogelijke pilot mee te werken.

Ook de consument vertegenwoordigd in het NPCF en andere patiënten organisaties waarmee is gesproken zijn van oordeel dat DT in een moderne vraaggerichte zorg past. Het belang van de patiënt dient daarbij echter centraal te staan. Ook dient de patiënt zelf een keuze te kunnen maken.

Mensen die graag gebruik wensen te maken van iemand die hen de weg in de zorg kan wijzen dienen die mogelijkheid te hebben. De huisarts vervult momenteel voor veel mensen een dergelijke rol van functionele poortwachter.

Mensen die echter van mening zijn hun eigen weg in de zorg te vinden moeten daartoe echter in staat worden gesteld.

Aanbeveling:

Op het werkteerrein van de genoemde disciplines pilot projecten te starten met als doel het verder ontwikkelen van DT in de eerstelijnszorg