



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Enkelvoudige extramurale ergotherapie, H. Hofhuis, M. de Boer, M. Plas, E. van den Ende) worden gebruikt.
Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Enkelvoudige extramurale ergotherapie stand van zaken in 2002

H. Hofhuis
M. de Boer
M. Plas
E. van den Ende

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen
Prof. J.H. Bavincklaan 2, Postbus 396 - 1180 BD Amstelveen.
Telefoon: 020 - 34 75 5 55 - Fax: 020 - 64 7 34 94



ISBN 90-6905-597-X

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Voorwoord

Voor u ligt het rapport getiteld: “Ergotherapie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken”. Het rapport betreft een verslag van een inventariserende studie naar de huidige stand van zaken ten aanzien van de enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE). Dit onderzoek is verricht in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen en is uitgevoerd in de periode maart tot december 2002. Met ingang van 1 januari 2001 is EEE - na een experimentele subsidieperiode van vier jaar - opgenomen in het ziekenfondspakket. De behoefte aan inzicht in eventuele knelpunten in de uitvoering van de regeling, de toegankelijkheid voor verzekerden en in de huidige omvang en inhoud van EEE waren de aanleiding voor deze opdracht.

Hoofdstuk 7 van dit rapport betreft een zelfstandig leesbare samenvatting.

Ruim honderd ergotherapeuten hebben voor dit onderzoek een vragenlijst ingevuld, tevens hebben zij door het invullen van registratieformulieren inzicht gegeven in de zorgverlening aan cliënten in het kader van EEE. Zonder de inzet van deze ergotherapeuten was dit onderzoek niet mogelijk geweest! Tien zorgverzekeraars hebben zich bereidwillig getoond om geïnterviewd te worden; ook hen willen wij hartelijk danken.

Ten behoeve van dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld waaraan de volgende personen deel hebben genomen:

- mw. dr. M.J. Driessen, directeur NVE
- mw. J. van Duren, Zorgverzekeraars Nederland
- mw. Th. de Geus, ministerie van VWS
- mw. Y. Kroon, ergotherapeute
- dr. W.H. Salzmann, College voor Zorgverzekeringen
- mw. I. van Wiggen, ergotherapeute

Wij bedanken hen voor hun waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

Utrecht, januari 2003

Inhoud

1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 De regeling 'Enkelvoudige extramurale ergotherapie'	10
1.3 Vraagstellingen	11
1.3.1 Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken	11
1.3.2 Ervaringen van ergotherapeuten met EEE	12
1.3.3 Inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces in het kader van EEE	13
1.3.4 Ervaringen van zorgverzekeraars met EEE	14
1.3.5 Opbouw van het rapport	15
2 Methode	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Aanbod	17
2.3 Ervaringen ergotherapeuten	18
2.4 Inhoud en omvang van de zorg	19
2.5 Ervaringen zorgverzekeraars	20
2.6 Analyses	21
2.7 Respons	21
3 Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken	23
3.1 Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken	23
3.2 Spreiding aanbod van EEE verstreckende ergotherapeuten over Nederland	24
3.3 Ontwikkeling van het aantal ergotherapeuten dat EEE verstrekt	25
4 Ervaringen van ergotherapeuten	27
4.1 Achtergrondgegevens ergotherapeuten	27
4.2 Contracten en ervaringen met zorgverzekeraars	28
4.2.1 Contractering	28
4.2.2 Declaraties	29
4.2.3 Inhoud van de contracten en volumeafspraken	30
4.2.4 Knelpunten met betrekking tot de vergoedingen	32
4.2.5 Tarieven voor vrijevestigden	33
4.3 Wachtlijsten	34
4.3.1 Omvang wachtlijsten	34
4.3.2 Oorzaken wachtlijsten	34
4.3.3 Beleid naar aanleiding van de wachtlijst	36
4.3.4 Gevolgen van de wachtlijst	37
4.3.5 Beleid bij urgentie	38

4.4	Omvang van de behandeling	38
4.4.1	Cliëntcategorieën waarvoor tien uur onvoldoende is	38
4.4.2	Beleid vrijevestigden en instelling als 10 uur niet voldoende is	39
4.4.3	Beleid verzekeraars als 10 uur niet voldoende is	41
4.4.4	Mening ergotherapeuten over maximum vergoeding	41
4.4.5	Mening ergotherapeuten over verhouding contacttijd overige tijd	42
4.5	Samenwerking	43
4.6	Afbakening EEE	45
4.6.1	Afbakening EEE met de Wet Voorzieningen Gehandicapten	45
4.6.2	Afbakening EEE met poliklinische ergotherapie	46
4.6.3	Afbakening EEE met het persoonsgebonden budget en andere vergoedingen	47
5	Inhoud en omvang van de zorg in het kader van EEE	49
5.1	Algemene cliëntkarakteristieken	49
5.2	Diagnosegegevens	51
5.2.1	Medische diagnose	51
5.2.2	Ergotherapeutische diagnose	52
5.3	Specifieke kenmerken van cliënten	53
5.4	Verwijsgegevens	55
5.4.1	Initiatiefnemer en verwijzer	55
5.4.2	Reden aanvraag	56
5.4.3	Duur tussen verwijzing en aanvang behandeling	57
5.5	Behandelproces	57
5.5.1	Behandeldoelen	58
5.5.2	Uitgangspunten	60
5.5.3	Interventies	60
5.5.4	Overeenkomst reden aanvraag en toegepaste interventie	61
5.5.5	Werkzaamheden WVG-voorzieningen	61
5.5.6	Behandelstandaarden	62
5.6	Behandelingsduur en tijdsbesteding	63
5.6.1	Contacttijd	63
5.6.2	Reistijd	64
5.6.3	Verhouding contacttijd - indirect-cliëntgebonden tijd	65
5.6.4	Behandelingsperiode	67
5.6.5	Bereiken behandeldoelen	68
6	Ervaringen van zorgverzekeraars	71
6.1	Achtergrond	71
6.2	Contracteerbeleid	72
6.3	Inhoud van de contracten	74
6.4	Knelpunten	75
6.5	Gecontracteerde en vergoede zorg	76
6.6	Informatieverstrekking	77

7	Samenvatting en discussie	79
7.1	Aanbod van EEE	79
7.1.1	Aanbod van EEE en verhouding vrijgevestigden en ergotherapeuten in loondienst	79
7.1.2	Spreiding over Nederland en ontwikkeling sinds 1996	80
7.2	Ervaringen met EEE	80
7.2.1	Ervaringen ergotherapeuten	81
7.2.2	Ervaringen zorgverzekeraars	85
7.3	Inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces in het kader van EEE	86
7.3.1	Cliëntcategorieën en verwijzing	87
7.3.2	Inhoud van de zorg	87
7.3.3	Verhouding contacttijd overige tijd	88
7.3.4	Omvang en duur EEE	88
7.4	Discussie	88
7.5	Besluit	90
	Literatuur	93
	Bijlagen	95
	Bijlage 1: Vragenlijst stand van zaken	97
	Bijlage 2: Registratieformulier afgeronde behandelingen	109
	Bijlage 3; Registratieformulier lopende behandelingen	115
	Bijlage 4: Vragenlijst inkoopmanagers enkelvoudige ergotherapie (EEE) en extramurale logopedie	127

1 Inleiding

Extramurale ergotherapie is een relatief jonge ontwikkeling. Na een experimentele subsidieperiode van vier jaar is met ingang van 1 januari 2001 enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE) opgenomen in het ziekenfondspakket. Daarmee is extramurale ergotherapie voor ziekenfondsverzekerden in de eerstelijnsgezondheidszorg toegankelijk geworden. Zorgverzekeraars en ergotherapeuten hebben nog weinig ervaring met EEE als verstrekking. In dit rapport wordt daarom verslag gedaan van een inventarisatie van de huidige stand van zaken in de extramurale ergotherapie. De toegankelijkheid voor verzekerden, de huidige omvang en inhoud van EEE en eventuele knelpunten in de uitvoering van de regeling staan daarbij centraal.

In dit eerste hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek nader omschreven en worden de vraagstellingen gepresenteerd.

1.1 Achtergrond

Ergotherapie biedt de cliënt mogelijkheden een optimale wijze van uitvoeren van dagelijkse activiteiten te bereiken in de eigen omgeving, waarbij het concrete, voor de cliënt betekenisvolle handelen op de gebieden zelfredzaamheid, arbeid (productiviteit) en vrije tijd onderwerp is van therapie (Beroepsprofiel ergotherapeut, 1999).

De ergotherapie heeft in Nederland haar oorsprong hoofdzakelijk in de psychiatrische instellingen. Arbeid werd gebruikt als therapeutisch middel en het beroep werd 'arbeidstherapie' genoemd. Na de tweede wereldoorlog kwam de ergotherapie voor lichamelijk gehandicapte mensen voor het eerst van de grond. De nadruk kwam te liggen op de (intramurale) revalidatie van oorlogsslachtoffers. In de loop der jaren richtte ergotherapie zich steeds meer op het verbeteren van zelfredzaamheid van ouderen en chronisch zieken. Ergotherapie werd vergoed door de ziektekostenverzekering als de behandeling geïntegreerd was in andere verstrekkingen van zorg in het kader van een geïntegreerd behandelplan. De zorg werd hoofdzakelijk intramuraal gegeven. Vanaf de negentiger jaren begon de extramurale ergotherapie als enkelvoudige verstrekking zich te ontwikkelen.

Tot 1996 is er geen sprake geweest van een regeling voor de extramurale ergotherapie. Hierdoor kon de extramurale ergotherapie zich ontwikkelen zonder dat er zicht was op de omvang en de aard van de extramurale ergotherapie. In 1996 is daarom de extramurale ergotherapie geïnteriseerd door het NIVEL, gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Driessen e.a., mei 1996). In 1996 verrichtten circa 521 ergotherapeuten extramurale werkzaamheden, voornamelijk vanuit verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken. Deze ergotherapeuten werkten gemiddeld ruim 12 uur per week extramuraal; omgerekend naar full-time equivalenten (fte) betekent dit 159 fte. De financiering vond voor het grootste deel plaats uit substitutiegelden: gelden die binnen de verpleeghuizen werden vrijgemaakt om mensen met een verpleeghuisindicatie zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren. De zorg door vrijgevestigde ergothe-

rapeuten werd met name gefinancierd door particuliere verzekeraars of door de patiënten zelf.

Per 1 juli 1996 is de subsidieregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie van kracht geworden. Deze regeling gold als voorbereiding op een verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet. De regelingen van 1996 en 1997 zijn geëvalueerd door het Instituut voor strategisch consumentenonderzoek (SWOKA), evenals de regelingen voor 1998 en 1999 (CVZ, 1999). Ondanks een vierjarige subsidieperiode bleek een op de drie huisartsen niet op de hoogte te zijn van het bestaan van de regeling, de helft was niet op de hoogte van de mogelijkheden voor ergotherapie. Hierdoor werd minder beroep gedaan op de regeling dan mogelijk was geweest. In 1998 en 1999 werd 43% van het beschikbare deel van de subsidiegelden voor de regeling benut.¹ Om deze reden is het jaarlijks beschikbare subsidiebedrag in 2000 verlaagd van f12 miljoen tot f8 miljoen. In 2000 is 5/8 deel van het beschikbare bedrag uitgekeerd, een bedrag vergelijkbaar met dat over de periode 1998-1999.

1.2 De regeling ‘Enkelvoudige extramurale ergotherapie’

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

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

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

¹ Bron: CVZ.

Ergotherapeuten hebben een belangrijke rol in het adviseren van voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Door deze wet wordt geregeld dat de zorgplicht voor het verlenen van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen ten behoeve van deelneming aan het maatschappelijk verkeer ligt bij gemeenten. De indicering van WVG-voorzieningen en de training van het gebruik van de voorzieningen door ergotherapeuten valt in principe ook onder de WVG. Veel cliënten die EEE ontvangen maken eveneens gebruik van voorzieningen die vergoed worden door de WVG. Uit de evaluatie van de subsidieregeling door SWOKA bleek dat er afbakeningsproblematiek bestond tussen EEE en de WVG. In de praktijk blijkt het niet altijd duidelijk of de verleende zorg onder EEE valt of dat het gaat om zorg in het kader van de WVG (CVZ, 1999). In de wettekst is daarom een passage opgenomen waarin bepaald wordt dat training van WVG-hulpmiddelen, na levering van het hulpmiddel, ten laste mag komen van EEE, mits de gemeente de training niet vergoedt.

1.3 Vraagstellingen

Zorgverzekeraars en ergotherapeuten hebben nog weinig ervaring met EEE als verstrekking. Zo is niet duidelijk welke knelpunten deze beide groepen ervaren in de uitvoering van de regeling. Evenmin is duidelijk of EEE daadwerkelijk voor alle verzekerden in Nederland toegankelijk is en bestaat er onvoldoende inzicht in de huidige omvang en inhoud van EEE. In verband met te verwachten toekomstige ontwikkelingen is dergelijk inzicht wel van belang. Extramurale ergotherapie zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de zelfredzaamheid van chronisch zieken in de thuis-situatie. Toenemende vergrijzing en extramuralisatie zijn ontwikkelingen die de vraag naar EEE in de toekomst zou kunnen doen toenemen. Op sommige plaatsen in Nederland vinden pilots plaats naar de inzet van preventieve, extramurale, ergotherapie bij zelfstandig wonende ouderen (Plas et al., 1999).

Voor de vormgeving van toekomstig beleid ten aanzien van EEE is inzicht in de huidige stand van zaken onontbeerlijk. In dit rapport wordt daarom verslag gedaan van een inventarisatie van de ervaringen van ergotherapeuten en zorgverzekeraars met EEE. Deze inventarisatie zal tevens als referentie kunnen dienen om toekomstige ontwikkelingen in de extramurale ergotherapie te kunnen evalueren. Bovendien zal deze stand van zaken inzicht verschaffen in relevante onderwerpen voor onderzoek naar de effectiviteit van extramurale ergotherapie.

De vraagstellingen van dit onderzoek hebben betrekking op de volgende aspecten van de enkelvoudige extramurale ergotherapie: het aanbod van extramuraal werkzame ergotherapeuten, de ervaringen van zorgverzekeraars en ergotherapeuten met EEE en de inhoud en omvang van de ergotherapeutische zorg in het kader van EEE.

1.3.1 *Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken*

Het aanbod van ergotherapeuten wordt sinds 1996 geregistreerd door het NIVEL. In deze registratie wordt ook bijgehouden vanuit welk werkveld ergotherapeutische zorg wordt

verleend. Deze gegevens worden iedere twee jaar geactualiseerd; de laatste gegevens dateren uit 2000. Op de peildatum 1 januari 2000 waren 2015 ergotherapeuten werkzaam (Hingstman, 2001); van ruim 12% daarvan was het hoofdwerkveld extramuraal. Het aanbod aan ergotherapeuten werkzaam in een extramuraal setting was 225 fte in 2000. Dit is echter niet het totale aanbod aan extramuraal ergotherapeutische zorg. Uit de inventarisatie van de extramuraal ergotherapie in 1996 bleek namelijk dat 75% van alle extramuraal ergotherapie gegeven werd vanuit instellingen, terwijl vanuit extramuraal settings ook intramuraal ergotherapie wordt aangeboden. Gegevens over het totale aanbod van ergotherapeuten die in 2000 extramuraal zorg verlenen zijn niet bekend.

Op 1 januari is de verstrekking van EEE opgenomen in het ziekenfondspakket. De verwachting is dat dit geleid heeft tot een (verdere) stijging van het aantal ergotherapeuten dat extramuraal zorg verleent. Het aantal vrijgevestigden dat EEE verstrekt is naar verwachting eveneens gestegen.

Vrijgevestigde ergotherapeuten werden tot 1 januari 2000 uitgesloten van de regeling, tenzij de zorg onder verantwoordelijkheid van een instelling plaatsvond. Zorginstellingen met een contract met een zorgverzekeraar voor de verlening van EEE konden op die manier een deel van de zorgverlening uitbesteden aan vrijgevestigde ergotherapeuten. In 2000 werd 26 fte extramuraal zorg door vrijgevestigden geleverd. Vanaf 2000 kan EEE ook zelfstandig door de vrijgevestigde ergotherapeut worden verstrekt. Verwacht mag worden dat de toelating van vrijgevestigden tot zorgverlening op eigen titel tot een groei heeft geleid van het aantal vrijgevestigden.

Nagegaan zal worden hoe het aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken zich heeft ontwikkeld alsmede de verhouding in het aanbod tussen ergotherapeuten die EEE verstrekken vanuit instellingen en vrijgevestigde ergotherapeuten.

Vraagstellingen

- 1a Wat is het aanbod van EEE verstrekkende ergotherapeuten in Nederland?
- 1b Hoe is de ontwikkeling sinds 1996 in het aanbod van EEE verstrekkende ergotherapeuten in Nederland?
- 1c Wat is de verhouding tussen het aantal vrijgevestigde ergotherapeuten en ergotherapeuten die vanuit instellingen EEE verlenen?
- 1d Wat is de geografische spreiding van EEE verstrekkende ergotherapeuten over Nederland?

1.3.2 Ervaringen van ergotherapeuten met EEE

Zorgverzekeraars kunnen de zorg in het kader van EEE inkopen bij vrijgevestigde ergotherapeuten en bij instellingen. Het tarief voor EEE geleverd door ergotherapeuten die vanuit instellingen werken is vastgesteld op €12,- per verrichtingseenheid van een kwartier en €20,- als toeslag bij een huisbezoek. Het tarief voor vrijgevestigde ergotherapeuten is vrij en kan na onderhandeling vastgesteld worden. Deze werkwijze is nog vrij nieuw.

Onduidelijk is hoe het contracteerbeleid van zorgverzekeraars verloopt en of er knelpunten bestaan vanuit het perspectief van de ergotherapeut.

Uit het SWOKA-onderzoek bleek dat op een aantal plaatsen (beperkte) wachtlijsten voor EEE bestonden. De verwachting is dat de vraag naar EEE zal toenemen nu EEE definitief in het verstrekkingenpakket is opgenomen (CVZ, 1999). Nagegaan zal worden of er knelpunten bestaan met betrekking tot wachtlijsten voor EEE.

In de wettekst is opgenomen dat training van WVG-hulpmiddelen is opgenomen in de verstrekking tenzij de gemeente dit vergoedt. In de subsidieregeling was de training van WVG-hulpmiddelen niet opgenomen. Uit de SWOKA-evaluatie is niet duidelijk geworden of en zo ja welke afspraken ergotherapeuten met gemeenten hebben gemaakt over de afbakening van WVG en EEE. Nagegaan zal worden hoe de afbakening tussen WVG en EEE in de praktijk plaatsvindt.

De subsidieregeling EEE had aanvankelijk alleen betrekking op ergotherapeuten die vanuit instellingen werken (verpleeghuizen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en thuiszorginstellingen). Dit was ingegeven door het feit dat deze categorie van ergotherapeuten veelal in een meervoudige setting werkt. Dit biedt een zekere garantie voor de ontwikkeling en verdieping van expertise. Bovendien is het contact met initiatiefnemers en verwijzers van EEE doorgaans intensiever dan bij vrijgevestigde ergotherapeuten. Nagegaan zal worden in welke mate ergotherapeuten die EEE verstrekken (in het kader van EEE) samenwerken met andere disciplines.

Vraagstellingen

- 2a Wat is de inhoud van contracten die ergotherapeuten afsluiten met zorgverzekeraars?
- 2b Welke knelpunten ervaren ergotherapeuten bij het afsluiten van contracten?
- 2c Bestaat er een wachtlijst voor EEE en zo ja, hoe lang is deze wachtlijst?
- 2d Bij welke cliënten is de maximale toegestane behandelduur van tien uur onvoldoende en waarom?
- 2e Met welke partijen in de zorg wordt ten behoeve van EEE samengewerkt?

1.3.3 Inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces in het kader van EEE

EEE is nog een betrekkelijke jonge ontwikkeling in de ergotherapie. Er bestaat nog onvoldoende inzicht in de kenmerken van de cliëntenpopulatie van de extramurale ergotherapeut en over de inhoud en omvang van de verleende ergotherapeutische zorg. Het vertrekpunt in de ergotherapeutische behandeling en/of begeleiding is de ergotherapeutische diagnostiek. Op basis van de ergotherapeutische diagnose bepaalt de ergotherapeut of en zo ja welke behandeling/begeleiding wenselijk is. Nagegaan zal worden wie de initiatiefnemers/verwijzers van EEE zijn, wat de verwijsindicatie is, wat de gezondheidsproblemen zijn van cliënten van extramurale ergotherapeuten en wat inhoud en omvang van de verstrekte ergotherapeutische zorg is.

De omvang van de verstrekking EEE is gemaximeerd tot 10 uur per jaar per cliënt.² Deze 10 uur heeft betrekking op de contacttijd en niet op de indirecte tijd. De indirecte tijd heeft betrekking op de tijd die onder andere nodig is voor overleg met verwijzers, andere

² Reiskosten kunnen apart worden gedeclareerd; per cliënt per dag mag één maal het vaste tarief voor reiskosten gedeclareerd worden.

hulpverleners, administratie en verslaglegging. In het tarief is de vergoeding voor de indirecte tijd verwerkt; de verhouding directe - indirecte tijd is daarbij vastgesteld op 3:1. Naar aanleiding van gegevens uit het SWOKA-onderzoek die betrekking hebben op ergotherapeuten die vanuit instellingen extramuraal werken werd geconcludeerd dat een verhouding 70:30 meer realistisch zou zijn. Er bestaat geen inzicht in hoeverre deze verhouding overeenkomt met de praktijk van vrijgevestigde ergotherapeuten. Bovendien zal worden nagegaan bij welke cliëntencategorieën er knelpunten bestaan in de vergoeding van de verstrekking, zowel met betrekking tot de verhouding tussen direct en indirect cliëntgebonden tijd als de totale omvang van de verstrekking. Uit de SWOKA-evaluatie van de subsidieregeling bleek namelijk dat bij een gering percentage van de patiënten onder behandeling van ergotherapeuten die vanuit een instelling werken de maximale behandelduur van 10 uur per jaar onvoldoende was om de behandeling af te ronden. Dit betreft met name CVA-patiënten, cliënten met chronische klachten, cliënten met meervoudige problemen en cliënten met een progressieve aandoening. Bij vrijgevestigde ergotherapeuten neemt echter bij een kwart van de cliënten de contacttijd meer dan 10 uur in beslag, een groot deel van deze cliënten zijn kinderen met een ontwikkelingsstoornis die langdurige zorg vereist.

Vraagstellingen

- 3a Welke cliënten maken gebruik van EEE; is er een verschil in cliëntcategorieën tussen ergotherapeuten die vanuit een instelling werken en vrijgevestigde ergotherapeuten?
- 3b Wie zijn de initiatiefnemers/verwijzers van EEE en wat is de reden van verwijzing?
- 3c Wat is de inhoud van de ergotherapeutische zorg verstrekt in het kader van EEE?
- 3d Hoe verhoudt zich de direct en indirect cliëntgebonden tijd benodigd voor de behandeling bij ergotherapeuten die vanuit instellingen werken en vrijgevestigde ergotherapeuten?
- 3e Wat is omvang en duur van de EEE?

1.3.4 Ervaringen van zorgverzekeraars met EEE

Op dit moment is niet duidelijk op welke schaal en bij wie (instellingen en/of vrijgevestigden) zorgverzekeraars ergotherapie inkopen. Ook bestaat er geen inzicht in eventuele knelpunten die zorgverzekeraars ervaren bij het inkopen van EEE. Nagegaan zal worden wat het contracteerbeleid is van zorgverzekeraars: bij wie wordt zorg ingekocht, welke vergoedingen worden gehanteerd voor vrijgevestigden en wat is de inhoud van de contracten met instellingen en vrijgevestigden.

Uit de SWOKA-evaluatie bleek dat slechts een deel van de financiële ruimte die beschikbaar was voor de subsidieregeling is benut. Dit werd voor een deel geweten aan de onbekendheid van de regeling bij zorgverzekeraars, verwijzers en patiënten. Vooral bij verwijzers bleek terughoudendheid te bestaan vanwege het tijdelijke karakter van de regeling. De verwachting was dat de omvang van EEE in de toekomst zou gaan toenemen. Nagegaan zal worden wat de omvang van de gecontracteerde zorg aan EEE is geweest in het jaar 2001 en 2002.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het informeren van verzekerden over de mogelijkheden van extramurale ergotherapie (CVZ, 2000). Bovendien dient de zorgver-

zekeraar de zorg zodanig in te kopen dat deze voor elke verzekerde toegankelijk is. Niet duidelijk is op welke manier en in welke mate dit heeft plaatsgevonden.

Vraagstellingen:

- 4a Welk contracteerbeleid voeren zorgverzekeraars?
- 4b Welke knelpunten ervaren verzekeraars bij het inkopen en contracteren van EEE?
- 4c Wat is de omvang van de gecontracteerde zorg aan EEE?
- 4d Op welke manier hebben zorgverzekeraars hun verzekerden op de hoogte van de mogelijkheid van EEE gebracht?

1.3.5 Opbouw van het rapport

Ten behoeve van de inventarisatie van de stand van zaken in de extramurale ergotherapie zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Zorgverzekeraars zijn geïnterviewd, ergotherapeuten zijn benaderd met schriftelijke vragenlijsten. In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek nader toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt het aanbod van ergotherapeuten in Nederland besproken en worden de ontwikkelingen sinds 1996 nader toegelicht. In hoofdstuk 4 worden de ervaringen van ergotherapeuten besproken. Hoofdstuk 5 is gewijd aan de inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces in het kader van EEE. In hoofdstuk 6 komen de ervaringen van de zorgverzekeraars aan de orde. Hoofdstuk 7 besluit met een samenvatting en discussie.

2 Methode

2.1 Inleiding

Om de stand van zaken in de extramurale ergotherapie weer te geven en daarmee de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.3 te beantwoorden zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Daarbij is het totale aanbod van extramuraal werkzame ergotherapeuten in Nederland in kaart gebracht; ervaringen van zowel zorgverzekeraars als ergotherapeuten ten aanzien van EEE zijn geïnventariseerd en aan de hand van een cliëntenregistratie zijn gegevens verzameld over de inhoud en de omvang van het zorgproces. Een overzicht van de toegepaste methoden van dataverzameling, waarbij gebruik is gemaakt van verschillende informatiebronnen, is weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1

Onderzoeksvraag	Methode	Bron
Aanbod	Schriftelijke vragenlijsten	Ergotherapeutenregistratie*
Ervaringen ergotherapeuten	Schriftelijke vragenlijsten	Coördinatoren/ hoofden EEE
Inhoud & omvang zorg	Registratieformulieren: cliëntenregistratie	Selectie van extramuraal werkzame ergotherapeuten
Ervaringen zorgverzekeraars	Gestructureerde interviews	Selectie van inkoopmanagers van zorgverzekeraars

* Uitgevoerd door het NIVEL (NIVEL, 2002).

In dit hoofdstuk zullen de gebruikte methoden worden toegelicht. Voor elk van de invalshoeken zal de onderzoekspopulatie beschreven worden en wordt een koppeling gemaakt naar de onderzoeksvragen.

2.2 Aanbod

Om na te gaan wat het totale aanbod van extramuraal werkzame ergotherapeuten in Nederland is, is gebruik gemaakt van de ergotherapeutenregistratie van het NIVEL. Deze registratie wordt gefinancierd door de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) en is eind 1995 van start gegaan. De registratie heeft als doel periodiek gegevens te verzamelen en te rapporteren over het aanbod van ergotherapeuten in Nederland. Om dit te kunnen bewerkstelligen worden om de twee jaar enquêtes verstuurd en verschijnt er een rapportage. Het registratieproject richt zich op twee doelgroepen, namelijk werkzame

ergotherapeuten die reeds in het bestand zijn opgenomen en recent afgestudeerde ergotherapeuten. Voor de meest recente peildatum van 1 januari 2002 zijn bovendien alle ergotherapeuten aangeschreven die in het verleden ook al eens aangeschreven zijn geweest, maar niet of niet meer opgenomen zijn in het bestand omdat ze op de desbetreffende peildatum niet werkzaam waren als ergotherapeut.

Ten behoeve van de registratie worden vragen gesteld over demografische gegevens, werkveld en omvang van de werkzaamheden. In de enquête wordt onderscheid gemaakt tussen werkzaamheden verricht als ergotherapeut in loondienst bij een instelling/werkgever, als gedetacheerde ergotherapeut vanuit een instelling/werkgever en als ergotherapeut in eigen praktijk of bedrijf. Bij elk van deze onderverdelingen is een vraag opgenomen over het aantal uur dat gemiddeld per week besteed wordt aan EEE. Tevens wordt gevraagd naar de verdeling van deze uren over de volgende activiteiten: contacttijd, cliëntgebonden tijd, niet-clientgebonden tijd en reistijd.

Uit alle geretourneerde enquêtes van de registratie met peildatum 1 januari 2002 zijn, op basis van bovenstaande vragen, alle extramuraal werkzame ergotherapeuten gefilterd. De enquête-gegevens van deze extramuraal werkzame ergotherapeuten zijn vervolgens gebruikt om het totale aanbod van extramuraal werkzame ergotherapeuten in kaart te brengen, waarmee antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvragen 1a t/m 1d.

2.3 Ervaringen ergotherapeuten

Voor het verzamelen van gegevens omtrent de ervaringen van ergotherapeuten met EEE is een schriftelijke vragenlijst ontwikkeld (bijlage 1). De in deze vragenlijst opgenomen vragen zijn opgesteld aan de hand van de te beantwoorden onderzoeksvragen. De vragenlijst is toegestuurd aan alle vrijgevestigde ergotherapeuten en alle coördinatoren/ hoofden ergotherapie van instellingen van waaruit EEE wordt geleverd. Voor de benadering van deze personen is gebruik gemaakt van de adresgegevens uit het registratiebestand van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE).³ Het registratiebestand bevat adresgegevens van zowel instellingen als van vrijgevestigde praktijken die EEE leveren. De verstrekte adresgegevens zijn telefonisch gecontroleerd om vast te stellen of er EEE werd geleverd. Uit het bestand bleven hierna 190 instellingen en 48 vrijgevestigde praktijken over die aangeschreven zijn. Het totaal verstuurd aantal vragenlijsten komt daarmee op 238.

De vragenlijst bevat vragen over de volgende onderwerpen:

- algemene gegevens: werkzame ergotherapeuten, aantal cliënten, verrichtingseenheden en huisbezoektoeslagen gedeclareerd in 2001;
- ervaringen met zorgverzekeraars: inhoud contracten, volume - en overige afspraken;
- gehanteerde tarieven van vrijgevestigden;
- wachtlijstproblematiek: aantal cliënten op wachtlijst, duur wachtlijst, beleid ten aanzien van wachtlijst;
- omvang van de behandeling;

³ Actuele gegevens uit het Registratieproject Ergotherapeuten waren voor dit deel van het onderzoek niet op tijd beschikbaar.

- samenwerking met andere hulpverleners: aard contacten/overleggen;
- afbakening tussen EEE en WVG.

De vragenlijsten zijn op 6 mei 2002 verstuurd aan de 238 instellingen en vrijgevestigde praktijken. De coördinatoren/hoofden van de instellingen en de vrijgevestigde praktijken is gevraagd de vragenlijst twee weken na ontvangst te retourneren. Vier weken na verzending is een reminder verstuurd.

Met de gegevens uit de geretourneerde vragenlijsten wordt antwoord gegeven op vragenstellingen 2a t/m 2e.

2.4 Inhoud en omvang van de zorg

Om de kenmerken van de cliënten en gegevens over de inhoud en de omvang van zorg van extramuraal werkzame ergotherapeuten in kaart te brengen zijn registratieformulieren ontwikkeld. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens uit de inventarisatie van extramurale ergotherapie uit 1996 (Driessen, 1996) en het door SWOKA uitgevoerde evaluatieonderzoek (CVZ, 1999). Er zijn twee soorten registratieformulieren ontwikkeld: één voor cliënten van wie de behandeling in de twee maanden voorafgaande aan de registratieperiode is afgerond (bijlage 2) en één voor cliënten die ten tijde van de registratie nog onder behandeling waren (bijlage 3). De gegevens van beide registratieformulieren zijn gebruikt om vragenstellingen 3a t/m 3e te beantwoorden.

Met behulp van de registratie van afgeronde behandelingen zijn gegevens verzameld over de totale omvang en duur van de EEE. Hiervoor is de ergotherapeuten gevraagd van cliënten bij wie de behandeling in de voorgaande maand is afgerond de volgende gegevens te verzamelen:

- cliëntgegevens: leeftijd, geslacht;
- diagnosegegevens: medische diagnose, ergotherapeutische diagnose;
- gegevens over het behandelproces: wel/niet bereiken behandeldoelen, plaats behandeling, reden niet behaalde doelen;
- tijdsbesteding per cliënt: totale omvang contacttijd, totale duur van de behandeling.

Om specifieke gegevens over het zorgproces te inventariseren zijn gegevens verzameld aan de hand van cliënten die tijdens registratieperiode onder behandeling waren. Aan de ergotherapeuten is gevraagd om gedurende een registratieperiode van twee aaneengesloten weken gegevens te registreren van de cliënten die in die periode onder behandeling waren in het kader van EEE. Met dit registratieformulier zijn de volgende gegevens verzameld:

- cliëntgegevens: leeftijd, geslacht, woonsituatie;
- verwijzgegevens: verwijzer/initiatiefnemer, verwijzdiagnose;
- diagnosegegevens: medische diagnose, ergotherapeutische diagnose;
- gegevens over het behandelproces: behandeldoelen, gekozen interventie, behandelduur, plaats behandeling;

- gegevens over zorggebruik: eerdere zorg, huidige zorg;
- tijdsbesteding per cliënt: aantal zittingen, reistijd, contacttijd, overig cliëntgebonden tijd.

Deze registratieformulieren zijn toegestuurd aan zowel vanuit instellingen extramuraal werkzame ergotherapeuten als vrijgevestigde ergotherapeuten. Per instelling zijn aan maximaal drie ergotherapeuten registratieformulieren verstrekt waarbij de voorkeur uitging naar die ergotherapeuten die de meeste cliënten behandelden in het kader van EEE. Ook onder de vrijgevestigde praktijken is in een aantal gevallen door meerdere ergotherapeuten deelgenomen aan de registratie. Voor het invullen van de registratieformulieren hebben de ergotherapeuten een vergoeding ontvangen. In totaal zijn 518 ergotherapeuten aangeschreven.

De verzending van de registratieformulieren was gekoppeld aan de verzending van de vragenlijsten en betrof dezelfde 190 instellingen en 48 vrijgevestigde praktijken, die op 6 mei 2002 zijn verstuurd. De ergotherapeuten kregen het advies de registratieperiode te laten lopen van 13 t/m 20 mei of 20 t/m 31 mei; een andere periode was ook mogelijk mits het om twee aaneengesloten weken ging. De ergotherapeuten werd verzocht de registratieformulieren voor 5 juni te retourneren; na het verstrijken van deze retourdatum is een reminder verstuurd.

2.5 Ervaringen zorgverzekeraars

De ervaringen van zorgverzekeraars met de EEE-regeling zijn in kaart gebracht aan de hand van gestructureerde telefonische interviews. Ten tijden van het onderzoek waren er in Nederland 25 ziekenfondsverzekeraars.⁴ Voor de interviews zijn tien van deze zorgverzekeraars geselecteerd en benaderd. Bij de selectie is gekozen voor zoveel mogelijk variëteit onder de zorgverzekeraars, om een zo'n compleet mogelijk beeld te geven van de inkoop van zorg in het kader van EEE. De geselecteerde zorgverzekeraars vormen daarom een mix van kleine, middelgrote en grote verzekeraars die goed zijn gespreid over Nederland. Bij de selectie is in het geval van fusiepartners ervoor gekozen maximaal één zorgverzekeraar van elke 'groep' te benaderen. De benadering vond plaats op het niveau van de inkoopmanagers voor extramurale ergotherapie. Met tien zorgverzekeraars heeft een interview plaatsgevonden.

De vragen hebben betrekking op het budget voor ziekenfondsverzekerden, het contractbeleid, inhoud en knelpunten omtrent contracten en gecontracteerde zorg in het jaar 2001 en 2002 en de informatieverstrekking aan verzekerden (zie bijlage 4). De verzamelde gegevens zijn gebruikt om de vraagstellingen 4a t/m 4d te beantwoorden.

Het eerste interview is in persona afgenomen. Aan de hand van dit interview is een aantal vraagstellingen nog aangescherpt. De overige negen zorgverzekeraars zijn telefonisch geïnterviewd. Ter voorbereiding van het telefonische interview zijn de vraagstellingen twee weken voor het interview schriftelijk toegestuurd met het verzoek deze voor het

⁴ Aantal ziekenfondsen vermeld op de website van CVZ in mei 2002: www.cvz.nl/actualsite.asp.

interview te retourneren. Tijdens het interview is de ingevulde vragenlijst als uitgangspunt gebruikt en werd de geïnterviewde, daar waar nodig, gevraagd een toelichting te geven. De uitwerking van het interview is ter autorisatie aan de geïnterviewden toegestuurd.

2.6 Analyses

In dit rapport ligt de nadruk op het presenteren van beschrijvende statistieken. Waar nodig zijn verschillen in gemiddelde waarden getoetst met behulp van t-toetsen, verschillen in de verdeling van aantallen over subgroepen zijn getoetst met behulp van CHI-kwadraat-toetsen.

2.7 Respons

Ten behoeve van het actualiseren van de ergotherapeutenregistratie zijn in april 2002 alle geregistreerde ergotherapeuten, alle ergotherapeuten die in 2000 en 2001 zijn afgestuurd en alle ergotherapeuten die ooit geregistreerd zijn geweest als ergotherapeut maar in 2002 niet meer als werkzaam bekend stonden aangeschreven, totaal zijn dit 3917 personen. De respons bedroeg 83%. Ten aanzien van de registratie is met name de (geschatte) dekkingsgraad van belang. Deze is als volgt berekend.

Uit de enquête blijkt dat er 2263 ergotherapeuten werkzaam zijn, waarvan er 1673 lid zijn van de NVE (74%) en 590 niet lid. De gegevens van de NVE-leden zijn vergeleken met het ledenbestand van de NVE. Daaruit blijkt dat er totaal 1828 werkzame leden zijn. Dit zijn er 155 meer dan in de registratie van 2002; het aantal in de registratie moet dus met dit getal worden opgehoogd. Aangenomen wordt dat de non-respons onder niet-NVE leden even hoog is als de non-respons onder leden. Het aantal niet-leden wordt dan met eenzelfde factor opgehoogd als de leden: $155/1828 * 590 = 50$. Totaal komt het aantal werkzame ergotherapeuten dan uit op $2263 + 155 + 50 = 2468$. Dit getal wordt afgerond op 2470 omdat het een schatting betreft. De dekkingsgraad van de registratie is dan $2263/2470 = 92\%$.

Voor het inventariseren van de ervaringen van zowel zorgverzekeraars als ergotherapeuten en het inzicht verschaffen in de inhoud en omvang van de zorg geleverd in het kader EEE is gebruik gemaakt van het registratiebestand van de NVE. Uit dit adressenbestand zijn 190 instellingen en 48 vrijgevestigde praktijken van waaruit EEE wordt geleverd aangeschreven. Aan elk van deze 238 adressen is zowel een vragenlijst als een aantal pakketten met registratieformulieren verstuurd. Twee instellingen en drie praktijken bleken geen EEE te leveren en één praktijk was opgeheven. De netto benaderbare groep komt hiermee op een totaal van 232: 188 instellingen en 45 vrijgevestigde praktijken. In totaal zijn, na het versturen van een reminder, 117 volledig ingevulde vragenlijsten geretourneerd. Dit betekent een respons van 50,4%. De cliëntenregistratie leverde 1204 registratieformulieren van lopende behandelingen en 548 van afgeronde behandelingen op. Deze waren afkomstig van 108 instellingen en 17 vrijgevestigde praktijken.

Van 115 registratieformulieren (76 lopende- en 39 afgeronde behandelingen) was de herkomst niet bekend.

Er zijn in totaal 10 zorgverzekeraars benaderd voor het in kaart brengen van de ervaringen van de zorgverzekeraars. Van de initiële selectie was één zorgverzekeraar niet bereid mee te werken aan het onderzoek. In plaats van deze zorgverzekeraar is in dezelfde regio een andere zorgverzekeraar geselecteerd. Alle geïnterviewden hebben de uitwerking van het interview geautoriseerd.

3 Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken

Het aanbod van ergotherapeuten in Nederland wordt iedere twee jaar geïnventariseerd door het NIVEL. Uit deze registratie is informatie beschikbaar over het aanbod aan ergotherapeuten die enkelvoudige extramurale ergotherapie verstrekken. In dit hoofdstuk zullen de meest recente gegevens worden besproken waarbij onder andere ingegaan wordt op het aanbod aan ergotherapeuten die EEE verstrekken, de verhouding tussen ergotherapeuten die vanuit instellingen werken en vrijgevestigden, de spreiding over Nederland en de ontwikkeling sinds 1996.

3.1 Aanbod van ergotherapeuten die EEE verstrekken

Op 1 januari 2002 waren in Nederland 744 ergotherapeuten geregistreerd die EEE verstrekken; 683 ergotherapeuten daarvan zijn in loondienst, 37 ergotherapeuten hebben een eigen praktijk en 24 ergotherapeuten zijn naast hun werkzaamheden in een eigen praktijk ook nog in loondienst.⁵ In tabel 3.1 staat per soort dienstverband het aantal uren EEE weergegeven, percentages ergotherapeuten die een bepaalde hoeveelheid EEE verstrekken en het aantal full time equivalenten (1 fte=100%) dat ergotherapeuten in totaal werken.⁶

Tabel 3.1: Aantal uren EEE naar dienstverband en aandeel EEE van de week (%)

	Vrijgevestigd (n=36)	Loondienst (n=682)	Loondienst en vrijgevestigd (n=24)	Totaal (n=742)
Gemiddeld aantal uren EEE per week	18.7	9.8	11.8	10.3
Percentage ergotherapeuten met:				
- 0 tot 5 uur EEE per week	13.9	42.8	29.2	41.0
- 5 tot 10 uur EEE per week	11.1	21.4	8.3	20.5
- 10 tot 15 uur EEE per week	19.4	9.5	20.8	10.4
- 15 tot 20 uur EEE per week	11.1	8.8	20.8	9.3
- meer dan 20 uur EEE per week	44.4	17.4	20.8	18.9
Gemiddeld fte totaal per week ^a	0.80	0.74	0.76	0.75

^a EEE plus overige activiteiten/ergotherapie. Het aantal fte is niet voor alle ergotherapeuten bekend; bovenstaande gegevens zijn berekend voor die ergotherapeuten waarvoor het aantal fte wel bekend is waarbij alleen de gegevens van ergotherapeuten betrokken zijn die 1 fte of minder zeggen te werken. Dit zijn respectievelijk 18 vrijgevestigden, 581 ergotherapeuten in loondienst en 18 overige ergotherapeuten.

⁵ Deze gegevens zijn gebaseerd op de ergotherapeuten die hun medewerking verlenen aan de registratie door het NIVEL. De dekkingsgraad van de registratie is (naar schatting) 92%. Indien het aantal van 744 hiermee gecorrigeerd wordt betekent dit dat er totaal in Nederland 809 ergotherapeuten EEE verrichten.

⁶ Twee ergotherapeuten hebben aangegeven 50 respectievelijk 52 uur per week aan EEE te besteden. Deze ergotherapeuten zijn niet meegenomen bij de berekening van de gemiddelden.

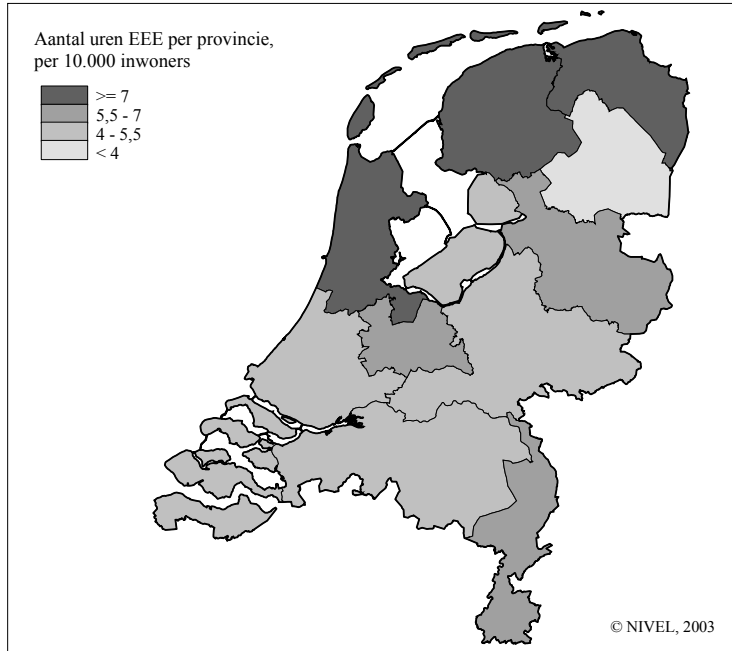
Gemiddeld besteden ergotherapeuten 10.3 uur per week aan het verstrekken van EEE; vrijgevestigden besteden bijna negen uur meer aan de verstrekking van EEE dan ergotherapeuten in loondienst. Van deze laatste groep besteedt 42.8% minder dan 5 uur per week aan EEE, bij vrijgevestigden is dit slechts 13.9%.

Uit de bovenstaande gegevens blijkt dat de verstrekking van EEE slechts een deel van de werkzaamheden van ergotherapeuten betreft. De totale omvang van de werkweek verschilt echter slechts enkele uren tussen vrijgevestigden en ergotherapeuten in loondienst. Dit betekent dat vrijgevestigden een relatief groter aandeel van hun werkweek aan EEE besteden. Voor ergotherapeuten in loondienst is dit ongeveer 30% en voor vrijgevestigden 60% (niet in tabel).

3.2 Spreiding aanbod van EEE verstreckende ergotherapeuten over Nederland

In Nederland wordt in alle provincies samen 8933 uur EEE per week verstrekt.⁷ Omgerekend naar een werkweek van 38 uur is dit 235 fte (full time equivalenten).⁸ Voor het bepalen van de regionale spreiding van ergotherapeuten die EEE verstrekken is voor elke provincie het totaal aantal uren EEE afgezet tegen het totaal aantal inwoners. De gegevens zijn vervolgens omgerekend naar uren EEE per week per 10.000 inwoners (figuur 3.1 en tabel 3.2).

Figuur 3.1: Aantal uren EEE per provincie, per 10.000 inwoners



⁷ Dit totaal betreft 742 ergotherapeuten die aangeven 40 uur of minder aan EEE te besteden (zie voetnoot 2).

⁸ Gecorrigeerd voor de dekingsgraad van 92% zou dit aantal uitkomen op 256 fte.

In Groningen wordt de meeste hoeveelheid EEE verstrekt, namelijk 7.70 uur; in Drenthe het minst: 2.81 uur per 10.000 inwoners. Gemiddeld wordt in Nederland 5.55 uur per week per 10.000 inwoners verstrekt (dit is 1.46 fte per 100.000 inwoners).

Deze gegevens weerspiegelen ongeveer het totale aanbod aan ergotherapeuten in Nederland. In 2000 was dit aanbod in de provincies Groningen, Overijssel, Utrecht en Noord-Holland het grootst (meer dan 10 fte per 100.000 inwoners), in de provincies Drenthe, Flevoland, Zeeland en Noord-Brabant was het aanbod het laagst (minder dan 7.5 fte per 100.000 inwoners).

Tabel 3.2: Gemiddeld aantal uren EEE per provincie, per 10.000 inwoners

	Aantal uren EEE per 10.000 inwoners
Groningen	7.70
Friesland	7.27
Drenthe	2.81
Overijssel	6.76
Flevoland	4.51
Gelderland	4.76
Utrecht	6.12
Noord-Holland	7.23
Zuid-Holland	4.34
Zeeland	4.92
Noord-Brabant	4.58
Limburg	6.68
Totaal	5.55

3.3 Ontwikkeling van het aantal ergotherapeuten dat EEE verstrekt

Sinds 1996 wordt in de ergotherapeutenregistratie vastgelegd in welk werkveld ergotherapeuten werkzaam zijn. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar intramuraal werkzame ergotherapeuten, extramuraal werkzamen, ergotherapeuten die in het onderwijs werkzaam zijn en overige werkvelden. Gegevens over het werkveld zijn echter niet bruikbaar om het totale aanbod aan extramurale ergotherapie weer te geven. Uit de inventarisatie van de extramurale ergotherapie in 1996 (Driessen e.a.) bleek namelijk dat 75% van alle extramurale ergotherapie gegeven werd vanuit instellingen. Voor een vergelijking met 1996 moet derhalve gebruik gemaakt worden van het onderzoek van Driessen e.a. In deze inventarisatie was er sprake van 521 ergotherapeuten die tezamen 159 fte extramurale ergotherapie verstrekken, uitgaande van een werkweek van 40 uur (deze gegevens zijn gecorrigeerd voor non-respons). In Nederland wordt op dit moment 235 fte besteed aan EEE, uitgaande van een werkweek van 38 uur; omgerekend naar een werkweek van 40 uur zou dit 223 fte zijn. Gecorrigeerd voor de dekkingsgraad is de totale omvang 256 fte (243 fte bij een werkweek van 40 uur). Dit betekent dat sinds 1996

het aantal ergotherapeuten dat EEE verstrekt met minstens 53% is toegenomen $((243-159)/159*100)$.

4 Ervaringen van ergotherapeuten

In dit hoofdstuk staan de ervaringen van ergotherapeuten - hoofden van afdelingen ergotherapie en vrijgevestigden - met EEE centraal. De ervaringen betreffen enerzijds de contracten en ervaringen met zorgverzekeraars en de gehanteerde tarieven; anderzijds de dagelijkse ervaringen in de praktijk. Ingegaan wordt op de omvang van de behandeling, eventuele wachtlijstproblematiek, afbakening van EEE en WVG-verstrekingen en de samenwerking met andere disciplines.

4.1 Achtergrondgegevens ergotherapeuten

Ten behoeve van de inventarisatie van ervaringen van ergotherapeuten met EEE zijn 188 hoofden van afdelingen ergotherapie in instellingen die EEE leveren aangeschreven en 45 praktijken van vrijgevestigden.⁹ Na een reminder was de totale respons 117 ofwel 50,4% (19 vrijgevestigden=42,2% en 98 instellingen=52,1%). Drie vrijgevestigden werken naast hun praktijk ook nog in loondienstverband in een instelling, alle overige ergotherapeuten werken alleen in een eigen praktijk of alleen in loondienstverband.

Zowel in de instellingen als in de vrijgevestigde praktijken kunnen meerdere ergotherapeuten werkzaam zijn. In de 19 vrijgevestigde praktijken werken 27 ergotherapeuten die EEE verrichten, gemiddeld werken zij 0,52 full-time equivalenten (fte). In de 98 instellingen werken 299 ergotherapeuten die EEE verrichten, gemiddeld werken deze ergotherapeuten 0,50 fte.¹⁰

Aan de respondenten is gevraagd om te specificeren hoeveel cliënten zij op jaarbasis voor EEE hebben. Omdat voor het achterhalen van deze gegevens mogelijk een grote tijdsinvestering nodig is, is gevraagd deze gegevens alleen in te vullen indien deze uit een jaaroverzicht beschikbaar zijn. Dertien vrijgevestigde ergotherapeuten hebben de gevraagde gegevens ingevuld: het aantal cliënten loopt uiteen van 6 tot 249, gemiddeld behandelen zij 57 patiënten per jaar. Het gemiddelde aantal verrichtingseenheden (in kwartieren) bedraagt 28,6 per cliënt; per cliënt wordt gemiddeld 2,7 maal een huisbezoektoeslag gedeclareerd.

Drieënvijftig instellingen hebben de gevraagde gegevens eveneens kunnen leveren. Het aantal cliënten loopt uiteen van 1 tot 340, gemiddeld behandelen instellingen 117 cliënten per jaar. Het gemiddelde aantal verrichtingseenheden bedraagt 11,7; per cliënt wordt gemiddeld 2,2 maal een huisbezoektoeslag gedeclareerd. Het verschil in verrichtingseenheden tussen vrijgevestigden en instellingen is significant ($t=-4.7$, $df=51$, $p<.001$).

Met name de vrijgevestigden verwachten dat het aantal verrichtingseenheden in 2002 zal stijgen: bijna de helft van de ergotherapeuten verwacht een stijging van 0 tot 25%, ruim een kwart verwacht een stijging van meer dan 50%. In de instellingen is de verwachting

⁹ Voor een volledige responsverantwoording: zie methode.

¹⁰ De berekening van het gemiddelde aantal fte's is uitgevoerd voor 82 instellingen waarvan de gegevens over aantal werkzame ergotherapeuten en hoeveelheid fte's compleet zijn.

bij ruim de helft dat het aantal verrichtingseenheden eveneens zal stijgen van 0 tot 25%; 36% van de ondervraagden verwacht echter dat het aantal verrichtingseenheden in instellingen gelijk zal blijven of zelfs zal dalen.

4.2 Contracten en ervaringen met zorgverzekeraars

4.2.1 Contractering

Ergotherapeuten hebben meestal met meerdere zorgverzekeraars een contract voor het leveren van EEE. Het beleid dat verzekeraars hanteren bij het aangaan van nieuwe contracten wordt besproken in hoofdstuk 6. In deze paragraaf komen de ervaringen van de ergotherapeuten zelf aan de orde.

Aan de ergotherapeuten is gevraagd om aan te geven met welke van de 25 - in mei 2002 bekende - ziekenfondsverzekeraars contracten zijn afgesloten.

Met 18 van de 25 verzekeraars zijn door de vrijgevestigde ergotherapeuten in dit onderzoek contracten afgesloten; de verzekeraars waarmee geen contracten afgesloten zijn, zijn voornamelijk de kleinere fondsen: Azivo, AzvZ, DSW, het Anker, Nederzorg, OZB en Salland. De verzekeraars waarvoor de vrijgevestigden de meeste cliënten behandelen zijn de grotere fondsen: Anova, ANOZ en ZAO (van de Agis Groep), CZ groep, Geové RZG, Groene Land (Achmea), OZ, Univé, VGZ, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid. Gemiddeld hebben de vrijgevestigden met 4,7 verzekeraars een contract, het maximum aantal contracten is 12.

De instellingen hebben met meer fondsen contracten: alleen AzvZ, Het Anker, Nederzorg en Stad Rotterdam hebben geen contracten met de instellingen in dit onderzoek. Gemiddeld hebben de instellingen contracten met 2,9 verzekeraars, dit is significant minder dan de vrijgevestigden ($t = .032$, $df = 115$, $p < .05$).

Aan de respondenten is gevraagd of het voorkomt dat verzekeraars geen contract aan willen gaan, en wat daarvan de reden is (tabel 4.1). De helft van de respondenten geeft aan dat het niet voorkomt dat verzekeraars geen contract aan willen gaan. Vrijgevestigden en instellingen die aangeven dat dit wel voorkomt, noemen grotendeels dezelfde redenen; de belangrijkste daarvan is dat er pas een contract wordt afgesloten als er één of meer cliënten zijn. Verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen zijn niet significant.

Tabel 4.1: Redenen voor het niet aangaan van een contract met een verzekeraar bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Niet van toepassing	53	49	50
Er worden geen contracten in mijn regio afgesloten	5	8	8
Genoeg gecontracteerde ergotherapeuten in regio	5	0	1
Contracten met instellingen worden geprefereerd	11	0	2
Contracten met vrijgevestigden worden geprefereerd	0	0	0
Alleen contract als er cliënten zijn	11	18	17
Anders	21	23	23

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Redenen die genoemd worden in de categorie ‘anders’ zijn met name dat er te weinig cliënten zijn voor het aangaan van een contract, of dat men nog in onderhandeling is over contracten. Eén instelling geeft aan door bureaucratische regelgeving nog steeds niet over contracten te beschikken. De instelling wil afspraken met één hoofdverzekeraar, de rest van de verzekeraars zou dat contract moeten volgen. Het afsluiten en navolgen van 25 verschillende contracten is naar de mening van deze instelling ondoenlijk.

4.2.2 *Declaraties*

De helft van de ergotherapeuten heeft ervaring met verzekeraars die geen contracten af willen of kunnen sluiten. Desondanks worden cliënten die verzekerd zijn bij deze verzekeraars wel behandeld: 79,5% van alle respondenten geeft aan wel eens cliënten te behandelen zonder dat er een overeenkomst is met de betreffende verzekeraar. De declaraties van deze cliënten verlopen bij de meeste ergotherapeuten zonder problemen (62%); 36% van de ergotherapeuten ervaart wel problemen met de declaraties. De aard van de problemen die ergotherapeuten met declaraties ervaren staat in tabel 4.2. Vanwege de kleine aantallen zijn alleen in de laatste kolom percentages opgenomen.

Tabel 4.2: Aard van de problemen bij declaraties van cliënten waarmee geen overeenkomst met een verzekeraar is afgesloten (aantallen)^a

	Vrijgevestigd (n=5)	Instelling (n=26)	Totaal (n=31)
Er wordt niet betaald	2	11	13 (42%)
Declaraties worden retour gezonden zonder uitleg	2	8	10 (32%)
Betalingen zijn te laat	2	2	4 (13%)
Geautomatiseerd aanleveren van declaraties is probleem	2	2	4 (13%)
De tarieven kloppen niet	1	2	3 (10%)
Anders	3	9	12 (39%)

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn telt het percentage in de laatste kolom op tot meer dan 100%.

De problemen betekenen in ruim een derde van de gevallen dat er niet wordt betaald of dat declaraties retour worden gezonden zonder uitleg. Vier ergotherapeuten geven aan dat eerst een contract moet worden afgesloten voordat er wordt betaald (in de categorie ‘anders’). Andere antwoorden in deze categorie zijn onder andere dat het lang duurt voor er betaald wordt, en dat cliënten verontwaardigd zijn.

4.2.3 *Inhoud van de contracten en volumeafspraken*

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft een overeenkomst gesloten met Zorgverzekeraars Nederland (ZN); ergotherapeuten en zorgverzekeraars zijn verplicht deze overeenkomst (UvO, Uitkomst van Overleg) te hanteren als basis van de contracten die afgesloten worden. 63% van de respondenten geeft aan dat de UvO inderdaad bij alle contracten wordt gehanteerd (84% van de vrijgevestigden en 59% van de ergotherapeuten in instellingen); 23% geeft aan dat dit niet in alle gevallen of nooit gebeurt.

Om een globale indruk te krijgen van de inhoud van de contracten is gevraagd of volumeafspraken, behandelgemiddelden, de aard van de hulp die vergoed wordt, het werkgebied en een eventuele beperking van het aantal huisbezoeken deel uitmaken van de contracten. Omdat de meeste ergotherapeuten meerdere contracten hebben, is gevraagd om de vragen over de inhoud van de contracten te beantwoorden over het contract waarvoor de meeste cliënten behandeld worden (tabel 4.3).

Tabel 4.3: Onderwerpen die deel uit maken van de contracten bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Totaal budget/volumeafspraken	74	67	68
Totaal budget/volumeafspraken	74	67	68
Aard van de hulp	37	27	28
Regio/werkgebied	5	19	17
Behandelgemiddelde	16	16	16
Beperking huisbezoeken	11	7	8

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

In de meeste contracten worden afspraken gemaakt over het te besteden volume aan verrichtingseenheden of een financieel budget dat jaarlijks aan EEE gedeclareerd mag worden (68%). Afspraken over de aard van de hulp, de regio waarin EEE verleend mag worden en behandelgemiddelden komen in mindere mate voor. In 8% van de contracten met de meeste cliënten wordt een beperking opgelegd ten aanzien van het aantal te declareren huisbezoeken. Verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen zijn niet significant.

Van de 19 vrijgevestigden hebben er 13 (68%) een contract waarin expliciet sprake is van een maximum volume; dit volume was toereikend voor 11 ergotherapeuten, 2 ergotherapeuten hebben het volume overschreden. Eén ergotherapeut heeft aangegeven dat de overschrijding wel volledig is vergoed. De betreffende verzekeraar heeft het volume voor 2002 daarna verhoogd.

Van de 98 instellingen hebben er 61 (62%) een contract met een maximum volume; dit volume was toereikend voor 44 instellingen (72%); 16 instellingen hebben het volume overschreden. De overschrijding is bij 12 instellingen volledig vergoed, bij drie instellingen is de overschrijding niet of slechts gedeeltelijk vergoed. Vijf verzekeraars hebben vervolgens het volume voor 2002 verhoogd, bij vijf instellingen is het volume gelijk gebleven.¹¹

Hoewel in de UvO algemene voorwaarden staan ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening, zijn zorgverzekeraars vrij om aanvullende afspraken te maken. Gevraagd is welke afspraken over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE deel uit maken van de contracten (met de meeste cliënten) (tabel 4.4).

Een belangrijke afspraak die met name in de contracten van vrijgevestigden voorkomt is de eis om ingeschreven te zijn in het basisregister. Aan ergotherapeuten in instellingen wordt deze eis significant minder vaak gesteld ($p < .01$). Afspraken met betrekking tot deskundigheidsbevordering komen eveneens vaker voor bij vrijgevestigden, dit verschil is echter niet significant. Het naleven van standaarden, regels voor verslaglegging, het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag en deelname aan regionaal overleg en intercolle-

¹¹ Als gevolg van missende waarden tellen de afzonderlijke getallen niet in alle gevallen op tot het totaal.

giale toetsing worden vrijwel even vaak opgenomen in de contracten van vrijgevestigden en instellingen.

Tabel 4.4: Afspraken over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE die deel uitmaken van de contracten bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Geen afspraken	37	47	45
Inschrijving in basisregister (en kwaliteitsregister)	58	22 ^b	28
Naleven regels voor verslaglegging	32	25	26
Naleven standaarden/richtlijnen	21	12	14
Deskundigheidsbevordering	26	10	13
Opstellen kwaliteitsjaarverslag	16	11	12
Deelname aan regionaal overleg	16	11	12
Deelname aan intercollegiale toetsing/visitatie	5	5	5
Anders	16	12	13

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

^b $p < .01$, chi-kwadraat toets.

4.2.4 *Knelpunten met betrekking tot de vergoedingen*

Ergotherapeuten krijgen een vaste vergoeding per ‘verrichtingseenheid’ van een kwartier; per cliënt mag maximaal tien uur gedeclareerd worden. Alleen contacttijd mag gedeclareerd worden. In het tarief is de vergoeding voor overige tijd verwerkt; hierbij wordt uitgegaan van een verhouding contacttijd : overige tijd van 3 : 1. Uit het SWOKA-onderzoek bleek dat een verhouding van 70:30 meer op de realiteit aansluit. Aan de ergotherapeuten is een aantal mogelijke knelpunten voorgelegd met de vraag of deze van toepassing zijn (tabel 4.5).

Tabel 4.5: Knelpunten met betrekking tot de vergoedingen bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Geen knelpunten	5	10	9
Tarief voor verrichtingseenheid te laag	37	20	23
Verhouding contacttijd - overige tijd	79	71	73
Overige tijd niet apart declareerbaar	58	63	62
Tarieven dekken kosten voor overhead onvoldoende	53	49	50
Toeslag voor huisbezoek is te laag	21	14	15
Anders	37	10	15

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Het knelpunt dat het meest ervaren wordt is de verhouding contacttijd - overige tijd; 73% van de ergotherapeuten meent dat met een verhouding van 3:1 de overige tijd onvoldoende wordt vergoed. Hiermee samenhangend ervaart 62% van de ergotherapeuten het als een knelpunt dat de overige tijd niet apart gedeclareerd kan worden. 50% is van mening dat de tarieven de kosten voor overhead - o.a. telefoon-, praktijk- en computerkosten - onvoldoende vergoeden. Negen procent van de ergotherapeuten ondervindt geen knelpunten met betrekking tot de vergoedingen. De verschillen tussen ergotherapeuten in instellingen en vrijgevestigden zijn niet significant. Antwoorden die in de restcategorie gegeven worden betreffen onder andere het niet kostendekkend zijn van de tarieven, het feit dat spalkmateriaal niet declarabel is en dat tijd benodigd voor kwaliteitsbevordering niet wordt vergoed.

4.2.5 *Tarieven voor vrijgevestigden*

Er zijn wettelijk verplichte CTG-tarieven voor EEE die vanuit instellingen wordt verleend; voor vrijgevestigden zijn de tarieven vrij. Aan de vrijgevestigde ergotherapeuten is gevraagd welk beleid door de zorgverzekeraars gehanteerd wordt bij de vaststelling van de tarieven.

Bij 17 vrijgevestigde ergotherapeuten zijn met de verzekeraar waarvoor zij de meeste cliënten behandelen eveneens de CTG-tarieven afgesproken; twee ergotherapeuten ontvangen een hogere vergoeding per verrichtingseenheid (respectievelijk €15,- en €24,50. De andere verzekeraars (met minder cliënten) waarmee de ergotherapeuten contracten afgesloten hebben hanteren eveneens de CTG-tarieven op één uitzondering na: met deze verzekeraar is een tarief van €11,18 afgesproken.

Hoewel wettelijk gezien alleen de tarieven voor extramurale ergotherapie in instellingen vastgelegd zijn, geven de meeste vrijgevestigde ergotherapeuten (n=14) aan dat er met geen van de verzekeraars onderhandeld kan worden over de tarieven. Volgens twee ergotherapeuten is dat met enkele verzekeraars wel mogelijk.¹²

¹² De overige vrijgevestigden hebben deze vraag niet beantwoord.

4.3 Wachtlijsten

4.3.1 Omvang wachtlijsten

In 1999 is vastgesteld dat bij de meeste instellingen de wachttijd slechts uit enkele weken bestaat: bij 72% van de cliënten vond het eerste contact plaats binnen drie weken na aanmelding. Nagegaan is of er sinds het opnemen van EEE in het ziekenfondspakket een verandering heeft plaatsgevonden in deze situatie (tabel 4.6).

Tabel 4.6: Wachtlijstgegevens respondenten bij vrijgevestigden en instellingen

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
% respondenten met wachtlijst	26	43	40
gemiddeld aantal cliënten op wachtlijst	8,4 (3-20)	10,5 (2-40)	10,3
gemiddeld aantal weken wachttijd	7,2 (2-12)	4,2(1-13)	4,5
% respondenten zonder wachtlijst	74	56	59
% respondenten met wachttijd 1 week	0	1	1
% respondenten met wachttijd 2 weken	5	13	13
% respondenten met wachttijd 3 weken	0	9	8
% respondenten met wachttijd > 3 weken	21	19	20

Veertig procent van alle ergotherapeuten (5 vrijgevestigden en 42 instellingen) heeft op dit moment een wachtlijst voor EEE. Deze wachtlijsten zijn in de loop van 2001 (bij 15 respondenten) of 2002 (eveneens bij 15 respondenten) ontstaan. Bij twee respondenten dateert de wachtlijst al van voor 1999, van de overige respondenten is het ontstaan van de wachtlijst niet bekend.

Het aantal cliënten dat op een wachtlijst staat bij instellingen die een wachtlijst hebben (n=42) varieert van 2 tot 40 cliënten, het gemiddelde aantal wachtende cliënten is 10,5; de gemiddelde wachttijd is 4,2 weken. Vijf vrijgevestigden hebben eveneens een wachtlijst (26%). De wachttijd van gemiddeld 7.2 weken is langer dan die in instellingen; het gemiddelde aantal cliënten dat op de wachtlijst staat is kleiner, namelijk 8.4 cliënten. Het verschil in weken wachttijd tussen vrijgevestigden en instellingen is significant ($t=2,03$, $df=45$, $p<0.05$).

Uit deze gegevens blijkt dat de problematiek van de wachtlijsten sinds 1999 nog niet is verbeterd, mogelijk zelfs is verergerd. In hoofdstuk 7 zal hier nader op in worden gegaan.

4.3.2 Oorzaken wachtlijsten

In tabel 4.7 staat een overzicht van mogelijke oorzaken voor de wachtlijsten. Respondenten konden meerdere antwoordmogelijkheden aangeven. Vanwege de kleine aantallen respondenten zijn alleen in de laatste kolom percentages opgenomen.

Tabel 4.7: Oorzaken wachtlijsten bij vrijgevestigden en instellingen (aantallen)^a

	Vrijgevestigd (n=5)	Instelling (n=42)	Totaal (n=47)
(Te) beperkt volume	1	6	7 (15%)
Meer cliënten sinds 1-1-2001	2	16	18 (38%)
Fluctuerende toestroom	3	21	24 (51%)
(Urgente) cliënten die voorrang krijgen	1	18	19 (40%)
Te beperkte formatie voor ergotherapie	1	19	20 (43%)
Problemen met vinden nieuwe ergotherapeuten	2	5	7 (15%)
Ziekte	1	13	14 (30%)
Anders	3	14	17 (36%)

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages in de laatste kolom op tot meer dan 100%.

Vrijwel alle respondenten noemen meerdere oorzaken. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van de wachtlijsten is een fluctuerende toestroom van cliënten; andere oorzaken zijn de toename van het aantal cliënten sinds 1 januari 2001, te beperkte formatie voor ergotherapie, urgente cliënten die voorrang krijgen en ziekte. De reden voor de te beperkte formatie wordt in een enkel geval toegelicht: de oorzaak daarvan is het niet kostendekkend zijn van de tarieven. Oorzaken die genoemd worden in de categorie ‘anders’ zijn onder andere vakanties van de ergotherapeuten, onzekerheid ten aanzien van het krijgen van contracten en andere verplichtingen.

Vrijgevestigden en instellingen met een lange wachtlijst (langer dan 6 weken) onderscheiden zich niet van de andere respondenten in de oorzaken die genoemd worden voor het ontstaan van de wachtlijst (niet in tabel).

In tabel 4.8 staat een overzicht van degenen die verantwoordelijk worden gehouden voor het ontstaan van de wachtlijsten. Respondenten konden meerdere antwoordmogelijkheden aangeven. Alleen in de laatste kolom staan percentages vanwege de kleine aantallen.

Tabel 4.8: Verantwoordelijken voor wachtlijsten bij vrijgevestigden en instellingen (aantallen)^a

	Vrijgevestigd (n=5)	Instelling (n=42)	Totaal (n=47)
Niemand in bijzonder	0	18	18 (38%)
Verwijsbeleid huisartsen	0	1	1 (2%)
Management instelling	0	13	13 (28%)
Management praktijk	1	0	1 (2%)
Ziekenfonds(en)	0	4	4 (9%)
Ergotherapeut(en)	2	4	6 (13%)
Anders	1	7	8 (17%)

a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages in de laatste kolom op tot meer dan 100%.

In veel gevallen wordt niemand in het bijzonder aangewezen als verantwoordelijk voor het ontstaan van de wachtlijst. In die gevallen waarin wel een verantwoordelijke wordt aangewezen is dit vaak het management van de instelling.

4.3.3 *Beleid naar aanleiding van de wachtlijst*

Een aantal oorzaken van het ontstaan van de wachtlijsten ligt buiten de respondenten zelf, zoals een fluctuerende toestroom en een toename van het aantal cliënten. Andere oorzaken liggen wel bij de instellingen zelf, zoals bijvoorbeeld een te beperkte formatie. Gevraagd is welke inspanningen gedaan worden om de wachtlijsten te verminderen (tabel 4.9).

Tabel 4.9: Inspanningen om de wachtlijst te verminderen bij vrijgevestigden en instellingen (aantallen)^a

	Vrijgevestigd (n=5)	Instelling (n=42)	Totaal (n=47)
Geen inspanningen	2	6	8 (17%)
Uitbreiden formatie	3	14	17 (36%)
Inzetten van ergotherapeuten op detachingsbasis	0	5	5 (11%)
Uitbreiding contracten/volume	1	5	6 (13%)
Uitbesteden EEE naar (andere) zorginstelling	1	6	7 (15%)
Uitbesteden EEE naar (andere) vrijgevestigde	1	2	3 (6%)
Anders	0	19	19 (40%)

a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages in de laatste kolom op tot meer dan 100%.

De belangrijkste inspanning om de wachtlijst te verminderen is het uitbreiden van de formatie (36%); 17% van de respondenten levert geen extra inspanning. In een enkel geval wordt dit antwoord toegelicht. Redenen hiervoor zijn onder andere dat de problemen zich vanzelf weer oplossen als de vakanties en/of ziekte voorbij zijn; ook wordt aangegeven dat men een wachttijd van twee weken niet problematisch vindt. Veel instellingen geven een antwoord in de categorie ‘anders’. Zes instellingen geven aan tijdelijk meer of efficiënter te gaan werken om de wachtlijst weg te werken. Vijf instellingen verschuiven tijdelijk hun werkzaamheden: EEE gaat dan bijvoorbeeld ten koste van gewone ergotherapie. Drie instellingen hebben wel de wens om de formatie te vergroten, maar kunnen deze optie (blijkbaar) niet aanwenden om de wachtlijst weg te werken.¹³

4.3.4 *Gevolgen van de wachtlijst*

In de evaluatie door SWOKA in 1999 werden mogelijke gevolgen aangegeven van het bestaan van wachtlijsten; deze gegevens waren echter niet gebaseerd op meningen van respondenten. In het huidige onderzoek is daarom geïnventariseerd welke gevolgen de huidige wachtlijsten hebben naar de mening van de ergotherapeuten (tabel 4.10).

Tabel 4.10: Gevolgen van de wachtlijst bij vrijgevestigden en instellingen (aantallen)^a

	Vrijgevestigd (n=5)	Instelling (n=42)	Totaal (n=47)
Geen	1	3	4 (9%)
Sommige cliënten blijven langer in instelling	0	0	0 (0%)
Sommige cliënten worden sneller opgenomen	0	3	3 (6%)
Cliënten worden niet behandeld	2	14	16 (34%)
Verhoging werkdruk	3	34	37 (79%)
Anders	2	15	17 (36%)

a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages in de laatste kolom op tot meer dan 100%.

Voor de cliënten lijkt het belangrijkste gevolg te zijn dat zij niet behandeld worden; in slechts enkele gevallen is er sprake van dat cliënten sneller opgenomen moeten worden. Het bestaan van wachtlijsten heeft wel een groot gevolg voor de ergotherapeuten zelf: zij ervaren een verhoging van de werkdruk als gevolg van de pogingen om de wachtlijsten weg te werken.

¹³ Het beleid van instellingen met een wachtlijst van meer dan drie weken verschilt niet wezenlijk van het beleid van instellingen met een kortere wachtlijst.

4.3.5 *Beleid bij urgentie*

Bij 40% van de instellingen is het voorrang geven aan urgente gevallen één van de oorzaken van de wachtlijst. Aan alle instellingen is gevraagd wat het beleid is bij urgente gevallen (tabel 4.11).

Tabel 4.11: Beleid bij urgente gevallen bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Geen speciaal beleid	11	12	12
Voorrang	80	83	82
Doorverwijzen naar (andere) instelling	11	7	8
Doorverwijzen naar (andere) vrijgevestigde	5	2	3
Anders	0	3	3

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Vrijgevestigden verschillen niet met instellingen ten aanzien van hun beleid bij urgente gevallen: in 82% van de gevallen krijgen deze cliënten voorrang. Het doorverwijzen naar een andere instelling of vrijgevestigde komt slechts in enkele gevallen voor. Twaalf procent van de ergotherapeuten heeft geen speciaal beleid.

4.4 **Omvang van de behandeling**

Ten behoeve van dit onderzoek naar de stand van zaken in de extramurale ergotherapie zijn gegevens verzameld op cliëntniveau over de inhoud en omvang van de behandeling. De resultaten hiervan zijn weergegeven in hoofdstuk 5. In de algemene vragenlijst aan ergotherapeuten is onder andere gevraagd naar de mening over de maximaal declareerbare tijd van tien uur, welke cliënten niet voldoende hebben aan tien uur en wat het beleid is in deze gevallen.

4.4.1 *Cliëntcategorieën waarvoor tien uur onvoldoende is*

Van alle ergotherapeuten is 27% van mening dat de maximaal declareerbare tijd van 10 uur voor alle EEE-cliënten in de eigen praktijk of instelling voldoende is; bij 73% is 10 uur niet voldoende. De vrijgevestigden in dit onderzoek zijn unaniem van mening dat 10 uur niet voldoende is, in instellingen is 67% deze mening toegedaan (dit verschil is significant, $p < .01$). In tabel 4.12 staat een overzicht van de cliëntgroepen waarvoor 10 uur niet voldoende is.¹⁴ Deze vraag is alleen beantwoord door ergotherapeuten die hebben aangegeven dat in sommige gevallen 10 uur niet voldoende is (n=85)

¹⁴ Tijdens de voorbereidingsfase van dit onderzoek is onder een kleine groep ergotherapeuten geïnventariseerd welke cliëntgroepen mogelijk niet voldoende hebben aan tien uur contacttijd.

Tabel 4.12: Cliëntgroepen waarvoor 10 uur behandeltime niet voldoende is bij vrijgevestigden en instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=66)	Totaal (n=85)
Geen specifieke categorie	0	14	11
CVA patiënten	21	49	42
Chronische klachten	32	44	41
Meervoudige problemen	42	47	46
Progressief ziektebeeld	21	56	48
Kinderen met ontwikkelingsstoornissen	58	17	26
WVG-training die in kader EEE vergoed wordt	5	21	18
Anders	37	14	19

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Door vrijgevestigden wordt met name de groep kinderen met ontwikkelingsstoornissen genoemd waarvoor 10 uur niet voldoende is, een andere groep patiënten zijn diegenen met meervoudige problemen. Ergotherapeuten in instellingen noemen vooral patiënten met een progressief ziektebeeld, cliënten met meervoudige problemen, CVA patiënten en patiënten met een progressief ziektebeeld. Twee groepen die meer dan een maal genoemd worden in de restcategorie zijn cliënten met handletsel en cliënten met psychiatrische problemen.

4.4.2 *Beleid vrijgevestigden en instelling als 10 uur niet voldoende is*

Instellingen en vrijgevestigden kunnen verschillende strategieën hanteren in die gevallen waarin tien uur niet voldoende is, variërend van het stoppen van de behandeling tot financiering uit andere bronnen of het zelf betalen door de cliënt. In tabel 4.13 staat een overzicht van mogelijk beleid als 10 uur niet voldoende is. Deze vraag is alleen beantwoord door ergotherapeuten die hebben aangegeven dat in sommige gevallen 10 uur niet voldoende is (n=85).

Tabel 4.13: Beleid bij cliënten waarvoor tien uur niet voldoende is (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=66)	Totaal (n=85)
Per geval naar oplossing zoeken	16	38	33
Behandeling na tien uur stoppen	42	17 ^b	22
Toestemming ziekenfonds vragen voor doorbehandelen	26	26	26
Cliënt overdragen aan dagbehandeling	0	21 ^c	17
Behandeling voortzetten in volgend jaar	47	36	39
Financieren uit andere bronnen	26	12	15
Cliënt betaalt zelf	42	18 ^b	24
Declareren als poliklinische hulp	0	0	0
Cliënt overdragen aan andere discipline	0	6	5
Anders	26	12	15

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

^b Significant, $p < .05$.

^c Verschil niet getoetst omdat dagbehandeling niet relevant is in de vrijgevestigde praktijk.

Tweeënveertig procent van de vrijgevestigden geeft aan de behandeling in een aantal gevallen na tien uur te stoppen.¹⁵ In de gevallen waarin wel verder wordt behandeld zijn de meest gevolgde strategieën het voortzetten van de behandeling in een volgend jaar of het zelf betalen van het resterende deel van de behandeling door de cliënt zelf (respectievelijk 47 en 42%). Deze strategieën worden significant vaker gehanteerd dan dat dat in instellingen gebeurt.

In instellingen wordt vaak per geval naar een oplossing gezocht (38%), ook het voortzetten van de behandeling in een volgend jaar is een veel gekozen optie. Zeventien procent van de instellingen geeft aan de behandeling na tien uur te stoppen. Instellingen hebben mogelijk meer alternatieven voor het vervolgen van een behandeling dan vrijgevestigden, zoals het overdragen van een cliënt naar de dagbehandeling of het zoeken naar andere oplossingen per individueel geval. Vijftien procent van de respondenten geeft aan (eveneens) ander beleid te voeren. In de meeste gevallen betreft dit een toelichting op de gegeven antwoorden. Aanvullend geven enkele respondenten aan dat wel om toestemming wordt gevraagd aan de verzekeraar, maar dat die verzoeken nooit gehonoreerd worden. Als andere mogelijkheden voor beleid worden genoemd het aanwenden van het persoonsgebonden budget, samenwerking met andere disciplines, en overleg met de patiënt. Een respondent geeft aan dat de behandeldoelen altijd afgestemd worden op een totale behandelduur van 10 uur.

¹⁵ Respondenten die aangegeven de behandeling na tien uur te stoppen geven in veel gevallen ook andere antwoordcategorieën aan, zoals het voortzetten van de behandeling in een volgend jaar of het laten betalen door de cliënt zelf.

4.4.3 *Beleid verzekeraars als 10 uur niet voldoende is*

In paragraaf 4.2.2 is het beleid van verzekeraars aan de orde gekomen bij declaraties door ergotherapeuten waarmee (nog) geen contract is afgesloten. In deze paragraaf wordt het beleid van zorgverzekeraars besproken als voor cliënten meer dan 10 uur gedeclareerd moet worden. Aangezien de meeste ergotherapeuten en instellingen met meerdere verzekeraars contracten hebben is gevraagd om de vraag te beantwoorden voor de zorgverzekeraar waarvoor men de meeste cliënten behandelt. De vraag is alleen beantwoord door die respondenten die aangegeven hebben dat de maximaal declareerbare tijd van 10 uur niet voor alle cliënten voldoende is (tabel 4.14).

Tabel 4.14: Beleid verzekeraars bij cliënten waarvoor tien uur niet voldoende is (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=66)	Totaal (n=85)
Extra uren worden niet vergoed	58	29	35
Extra uren worden soms vergoed	11	18	17
Extra uren worden meestal vergoed	0	14	11
Extra uren worden altijd vergoed	0	3	2
Alleen vergoeden bij bepaalde cliëntcategorieën	5	2	2
Anders	16	14	14

^a Vanwege ontbrekende waarden tellen de percentages niet op tot 100%.

Bij vrijgevestigden worden de extra uren in een meerderheid van de gevallen niet vergoed (58%). Achttien procent van de ergotherapeuten in instellingen geeft aan dat extra uren soms worden vergoed, 14% geeft aan dat dat meestal gebeurt. Deze antwoorden verschillen significant van die van de vrijgevestigde ergotherapeuten (Mann-Whitney, $p < .01$). Eén respondent geeft aan dat extra uren wel worden vergoed bij aanvullend verzekeren. Twaalf respondenten geven aan dat het beleid van de verzekeraar anders is dan een van de genoemde mogelijkheden. In negen gevallen betekent dit dat men niet weet wat het beleid is van de verzekeraar, bijvoorbeeld omdat men er nog geen ervaring mee heeft gehad. Twee respondenten geven aan dat bij een goede motivatie in individuele gevallen extra uren wel worden vergoed.

4.4.4 *Mening ergotherapeuten over maximum vergoeding*

Voor het nu geldende maximum van 10 uur contacttijd zijn alternatieven denkbaar indien men het daar niet mee eens is. Een hoger aantal uren is denkbaar, of bijvoorbeeld een ander maximum voor bepaalde cliëntcategorieën. Aan de ergotherapeuten is gevraagd wat hun mening is over het maximum van 10 uur en over enkele mogelijke alternatieven (tabel 4.15).

Slechts 9% van de ergotherapeuten stemt in met het huidige maximum. Als meer wenselijke alternatieven worden zowel door ergotherapeuten in instellingen als vrijgevestigden twee mogelijkheden aangegeven: of het instellen van een ander maximum voor bepaalde cliëntcategorieën, of het maximum afschaffen en per cliënt afzonderlijk de benodigde behandelduur vaststellen. Verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen zijn niet significant.

Tabel 4.15: Mening vrijgevestigden en ergotherapeuten in instellingen over maximum van 10 uur (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Maximum 10 uur is goed	5	10	9
Ander maximum	11	4	5
Per cliënt afzonderlijk vaststellen	37	41	40
Voor bepaalde cliëntcategorieën ander maximum	47	38	39
Anders	26	16	18

^a Omdat ergotherapeuten in veel gevallen meer dan een antwoordmogelijkheid aangekruist hebben tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Zes respondenten hebben aangegeven een ander maximum voor te stellen; genoemd worden een maximum van 20 uren en een maximum van 52 uren.¹⁶ Achttien procent van de ergotherapeuten heeft een antwoord gegeven in de restcategorie. Ongeveer de helft van deze groep geeft aan dat in uitzonderingsgevallen, met een goede motivering van de ergotherapeut, uitbreiding mogelijk moet zijn. Andere antwoorden zijn de regel zou moeten veranderen in 10 uur per indicatie per jaar, het opheffen van het maximum omdat bij de meeste cliënten 10 uur voldoende is of het maximum af laten hangen van het probleem.

4.4.5 *Mening ergotherapeuten over verhouding contacttijd overige tijd*

In tabel 4.5 staat een overzicht van knelpunten die ergotherapeuten ervaren met betrekking tot de vergoedingen; 73% gaf aan dat met een verhouding van 3:1 de overige tijd onvoldoende wordt vergoed. Gevraagd is wat de mening is van de ergotherapeuten over deze wijze van vergoeden; vindt men de huidige verhouding goed, zou een andere verhouding nodig zijn, zou de overige tijd apart gedeclareerd moeten kunnen worden of zouden er juist meer werkzaamheden als contacttijd gedeclareerd moeten kunnen worden (tabel 4.16).

¹⁶ Mogelijk wordt hier een aantal kwartieren bedoeld, het maximum uren is dan 13.

Tabel 4.16: Mening vrijgevestigden en ergotherapeuten in instellingen over de verhouding contacttijd - overige tijd (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
1. Verhouding 3:1 is goed	11	1b	3
2. Andere verhouding	16	11	12
3. Overige tijd apart declareren	5	28b	24
4. Meer werkzaamheden als contacttijd declareren	21	20	21
5. Combinatie van 2, 3 en of 4	47	31	33
6. Anders	0	3	2

^a Vanwege ontbrekende waarden tellen de percentages niet in alle gevallen op tot 100%.

^b p<.05.

Het merendeel van de respondenten kiest voor een combinatie van alternatieven: een andere verhouding, overige tijd apart declareren en meer werkzaamheden als contacttijd declareren. Significant meer ergotherapeuten in instellingen geven de voorkeur aan het apart declareren van de overige tijd als enige optie. Elf procent van de vrijgevestigden en 1 procent van de ergotherapeuten in instellingen is van mening dat de huidige verhouding van 3:1 voldoet, dit verschil is significant.

Respondenten die aangegeven hebben voor een andere verhouding te kiezen hebben deze verhouding ook aangeduid: de verhouding varieert van 1:3 tot 2:1. Dit betekent een variatie van het percentage overige tijd van 75% (in plaats van 25%) tot 33%. Twaalf respondenten kiezen voor de verhouding 1:1 (50% overige tijd); 10 respondenten voor de verhouding 3:2 (40% overige tijd).

4.5 Samenwerking

In hoofdstuk vijf van dit rapport wordt de inhoud en de omvang van de zorgverlening aan cliënten beschreven. Daarbij wordt ingegaan op initiatiefnemers en verwijzers voor EEE. In deze paragraaf wordt in algemene zin beschreven met welke andere disciplines wordt samengewerkt ten behoeve van de extramurale ergotherapie (tabel 4.17), en waar de samenwerking uit bestaat.

Tabel 4.17: Samenwerking met andere partijen door vrijgevestigden en ergotherapeuten in instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Geen partijen, er wordt niet samengewerkt	0	0	0
Huisarts(en)	100	92	93
Revalidatiearts(en)	63	70	69
Verpleeghuisarts(en)	0	50 ^b	42
Neuroloog/neurologen	32	46	44
Orthopeed/orthopeden	11	26	23
Reumatoloog/reumatologen	42	56	54
Kinderarts(en)	58	9 ^b	17
Andere medisch specialist(en)	26	16	18
Fysiotherapeut(en)	100	81 ^c	84
Oefentherapeut(en) Cesar en/of -Mensendieck	32	14	17
Logopedist(en)	68	30 ^b	36
Andere paramedici	26	25	25
Thuiszorg (wijkverpleging/gezinszorg)	53	84 ^b	79
Leverancier(s) van hulpmiddelen/voorzieningen	58	77	74
WVG-consulent/RIO indicatie-adviseur(s)	47	79 ^b	74
GGD	26	18	20
Maatschappelijk werk	16	28	26
Anders	53	31	34

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

^b Significant, $p < .005$.

^c Significant, $p < .05$.

Uit de tabel blijkt dat ergotherapeuten met een groot aantal andere partijen ten behoeve van de extramurale ergotherapie samenwerken. Gemiddeld werken vrijgevestigden met 8.1 andere partijen samen, ergotherapeuten in instellingen met 8.3 andere partijen (verschil is niet significant).

Vrijgevestigden werken allemaal samen met huisartsen en fysiotherapeuten. Een meerderheid werkt ook samen met revalidatieartsen, kinderartsen, logopedisten, thuiszorg en leveranciers van hulpmiddelen. De samenwerking door vrijgevestigden met fysiotherapeuten, kinderartsen en logopedisten vindt significant vaker plaats dan bij ergotherapeuten in instellingen. Ergotherapeuten in instellingen werken vaker dan vrijgevestigden samen met verpleeghuisartsen, de thuiszorg, WVG-consulenten en RIO indicatie adviseurs.

Achtien procent werkt ook nog samen met andere medisch specialisten; genoemd worden, onder anderen, geriater, plastisch chirurg en psychiater. Andere partijen zijn onder andere ouderenadviseurs, medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen, leerkrachten en remedial teachers, mantelzorgers en reumaconsulenten.

De samenwerking met andere zorgverleners kan uit meerdere aspecten bestaan (tabel 4.18): afstemmen van de behandeling en verwijzing en advisering zowel aan collega's als aan andere zorgverleners.

Tabel 4.18: Aard van de samenwerking met andere partijen door vrijgevestigden en ergotherapeuten in instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Afstemmen behandeling	100	88	90
Afstemmen verwijzing	58	81 ^b	77
Adviseren aan collega's	47	53	52
Adviseren aan andere zorgverleners	58	67	66
Uitbesteden EEE in urgente gevallen	0	13	11
Anders	11	12	12

^a Omdat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

^b Significant, $p < .05$.

In instellingen vindt significant vaker afstemming over de verwijzing plaats dan bij vrijgevestigden, de overige verschillen zijn niet significant. Andere vormen van samenwerking zijn onder andere de afstemming van het onderscheid tussen WVG en EEE, overdracht van informatie en inhoudelijke samenwerking.

De samenwerking vindt doorgaans bij alle cliëntcategorieën plaats; 15% van de ergotherapeuten in instellingen en 26% van de vrijgevestigden geeft aan dat de samenwerking alleen bij bepaalde cliëntcategorieën plaatsvindt, namelijk bij neurologische en reumatologische aandoeningen, cliënten met handletsel, cliënten met complexe problematiek, cliënten met progressieve aandoeningen, CVA, MS en in het algemeen bij kinderen.

4.6 Afbakening EEE

4.6.1 Afbakening EEE met de Wet Voorzieningen Gehandicapten

Ergotherapeuten hebben een belangrijke rol in het adviseren van WVG-voorzieningen. In de wettekst is bepaald dat training van WVG-hulpmiddelen, na levering van het hulpmiddel, ten laste mag komen van EEE, mits de gemeente de training niet vergoedt. Nagegaan is of de nieuwe regeling de afbakeningsproblematiek heeft verholpen (tabel 4.19).

Tabel 4.19: Afspraken met de gemeente over training van WVG-voorzieningen bij vrijgevestigden en ergotherapeuten in instellingen (%)^a

	Vrijgevestigd (n=19)	Instelling (n=98)	Totaal (n=117)
Geen afspraken	47	39	40
Afspraak: training wordt via WVG vergoed	5	14	13
Afspraak: training wordt soms via WVG vergoed	5	15	14
Afspraak: training wordt niet via WVG vergoed	5	11	10
Anders	5	19	17

^a Vanwege ontbrekende waarden tellen de percentages niet op tot 100%.

Veertig procent van de ergotherapeuten heeft geen afspraken met de gemeente gemaakt. Een minderheid van de respondenten heeft wel afspraken gemaakt met betrekking tot het al dan niet vergoeden van de training van WVG-voorzieningen (verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen zijn niet significant). Uit de antwoorden blijkt dat afspraken wel vaak verschillen tussen gemeentes.

Zes vrijgevestigden verrichten WVG-trainingen (32%) en 61 instellingen (62%). Vier vrijgevestigden en 28 instellingen geven aan dat de afbakening van EEE en WVG-training problemen oplevert (totaal 27%, verschillen niet significant).¹⁷ Deze problemen betreffen bij een groot deel van de ergotherapeuten de onduidelijkheid over wat onder EEE valt en wat onder WVG. Zes ergotherapeuten geven aan dat er problemen zijn omdat de zorgverzekeraar de WVG-training niet wil vergoeden.

4.6.2 Afbakening EEE met poliklinische ergotherapie

In de instellingen die werkzaamheden in het kader van de EEE verrichten kan ook - naast de zorg voor patiënten die in de instelling verblijven - poliklinische ergotherapie gegeven worden. Nagegaan is of de afbakening hiervan met EEE problemen oplevert.

In 14 instellingen is sprake van poliklinische ergotherapie; geen enkele instelling meldt problemen met de afbakening. Negen instellingen geven aan dat poliklinische ergotherapie verschilt van EEE omdat het in het kader van multidisciplinaire behandeling gegeven wordt in tegenstelling tot EEE die als enkelvoudige of monodisciplinaire behandeling gegeven wordt. Vier respondenten geven aan dat het om andere verwijzers gaat, drie instellingen behandelen andere cliëntcategorieën in de polikliniek. Andere verschillen tussen EEE en poliklinische ergotherapie die genoemd worden zijn alleen het verschil in financiering.

¹⁷ Deze respondenten hebben in 50% van de gevallen geen afspraken met de gemeente, 22% heeft de afspraak dat WVG-trainingen wel worden vergoed, 16% de afspraak dat WVG-trainingen soms of niet worden vergoed.

4.6.3 Afbakening EEE met het persoonsgebonden budget en andere vergoedingen

Tijdens de voorbereidingsfase van dit onderzoek bleek dat voor sommige ergotherapeuten het verschil tussen EEE en het persoonsgebonden budget (PGB) niet duidelijk is. Het PGB is ontwikkeld om patiënten die langdurige zorgverlening nodig hebben meer inspraak te geven in de wijze waarop deze zorg wordt verleend. Met het PGB kunnen patiënten zelf bepalen welke zorgaanbieder op welk moment welke zorg zal verlenen en onder welke omstandigheden. Problemen met de afbakening tussen het PGB en de regeling EEE blijken echter slechts op kleine schaal, namelijk bij 3 respondenten, voor te komen.

Vijftien procent van de respondenten geeft aan problemen te hebben met andere vergoedingen dan WVG, PGB en poliklinische ergotherapie (21 % van de vrijgevestigden en 14% van de instellingen). Deze problemen betreffen bij vijf ergotherapeuten de afbakening met ARBO en/of arbeidsrevalidatie en de vraag of de werkgever dit moet betalen of de EEE. Twee maal wordt de grens met substitutieprojecten genoemd en eveneens tweemaal het zogenaamde ‘rugzakje’: dit betreft het onderscheid tussen kinderrevalidatie en EEE. Andere afbakeningsproblemen betreffen onder andere verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen, verpleeghuiszorg gegeven in de wijk en poliklinische fysiotherapie.

5 Inhoud en omvang van de zorg in het kader van EEE

In dit hoofdstuk staan de kenmerken van cliënten en de omvang en inhoud van de ergotherapeutische zorg die wordt geleverd in het kader van EEE centraal. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten die vanuit een instelling door een ergotherapeut¹⁸ worden behandeld en cliënten die worden behandeld door een vrijgevestigde ergotherapeut. De gegevens zijn afkomstig uit de registratieformulieren; daar waar nodig staat aangegeven of de beschrijvingen betrekking hebben op de cliënten waarvan de behandeling nog gaande was (lopende behandelingen), cliënten waarvan de behandeling was afgerond (afgeronde behandelingen) of een combinatie van beide. Waar mogelijk zal in dit hoofdstuk een vergelijking worden gemaakt met de resultaten van de door SWOKA uitgevoerde evaluatie uit 1999 (CVZ, 1999).

Allereerst zullen algemene cliëntkarakteristieken worden weergegeven van cliënten die gebruik maken van EEE. In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op de medische- en de ergotherapeutische diagnose. Vervolgens komen in de derde paragraaf een aantal meer specifieke kenmerken van cliënten aan de orde. Gegevens over de initiatiefnemers, verwijzer, de reden van verwijzing en de duur tussen de verwijzing en de aanvang van de behandeling worden beschreven in paragraaf 5.4. Paragraaf 5.5 besteed aandacht aan het behandelproces in het kader van EEE; achtereenvolgens komen aan bod: behandeldoelen, uitgangspunten, interventies of verrichtingen, werkzaamheden in het kader van de WVG en behandelstandaarden. In de voorlaatste paragraaf worden cijfers gepresenteerd over de totale behandelingsduur van cliënten, de tijdsbesteding van de ergotherapeut en het al dan niet bereiken van de gestelde behandeldoelen. Paragraaf 5.7 omvat een discussie en conclusie omtrent de gepresenteerde resultaten.

5.1 Algemene cliëntkarakteristieken

Aan de hand van de registratieformulieren kan een globale schets worden gegeven van cliënten die in het kader van EEE worden behandeld. Voor het weergeven van deze algemene karakteristieken zijn de gegevens van de registratieformulieren van lopende en afgeronde behandelingen samengenomen; dit betreft totaal 1752 cliënten.

Van de 1752 cliënten wordt 78,6% vanuit een instelling en 14,8% vanuit een vrijgevestigde praktijk behandeld. Van 115 cliënten is niet bekend waar de behandeling heeft plaatsgevonden. Van deze laatste groep worden de cijfers niet apart weergegeven. In tabel 5.1 worden de algemene cliëntenkarakteristieken weergegeven.

¹⁸ Voor leesbaarheid van het rapport is ervoor gekozen de gegevens van cliënten waarvan niet bekend is of ze vanuit een instelling of door een vrijgevestigd ergotherapeut zijn behandeld, niet apart weer te geven; bij de beschrijvingen van de totale groep zijn ze echter wel meegenomen. Als gevolg hiervan telt de som van de cliënten van instellingen en vrijgevestigden niet op tot het totaal aantal cliënten.

Tabel 5.1: Algemene cliëntkarakteristieken

	Instellingen (n=1377)	Vrijgevestigden (n=260)	Totaal (n=1752)
	%	%	%
Geslacht			
Man	30,2	54,2	34,0
Vrouw	69,6	45,8	65,8
Onbekend	,2	-	,2
Leeftijdscategorieën			
≤ 15	5,2	55,4	13,4
16 - 50	20,0	20,0	19,6
51 - 70	28,8	11,2	26,0
71 - 85	36,2	10,8	32,4
>86	9,5	2,7	8,4
Onbekend	,2	-	,2
Verzekering			
Ziekenfonds	79,5	56,5	75,9
Particulier	16,5	39,2	20,1
Geen	,1	,8	,2
Onbekend	3,9	3,5	3,8

Tabel 5.1 laat zien dat bijna 70% van de cliënten die vanuit een instelling worden behandeld van het vrouwelijk geslacht zijn. Door vrijgevestigden worden echter meer mannen dan vrouwen behandeld. Er worden extramuraal zowel kinderen als volwassenen behandeld; de leeftijdsrange loopt van 0 tot 99 jaar. Alhoewel de range in leeftijd bij instellingen en vrijgevestigden vrijwel overeenkomt, is de gemiddelde leeftijd van de vanuit een instelling behandelde cliënten veel hoger (62,2 jaar) dan van de door vrijgevestigden behandelde cliënten (28,6 jaar). Dit verschil heeft te maken met het relatief hoge aantal kinderen dat wordt behandeld door vrijgevestigden. Van de cliënten van vrijgevestigden is 55,4% jonger dan 15 jaar, terwijl zo'n driekwart van de cliënten van instellingen zich bevindt in de leeftijdscategorie van 50 jaar en ouder. Kinderen blijven de voornaamste doelgroep van vrijgevestigden, maar in vergelijking met 1999 (CVZ, 1999) zijn vrijgevestigden ook meer ouderen gaan behandelen. Dat blijkt uit het percentage cliënten in de leeftijdscategorie boven de 50 jaar, dat ten opzichte van 1999 is gestegen van 8 naar bijna 25%. Overigens valt ook in de groep van 16- tot 50-jarigen onder vrijgevestigden een stijging van meer dan 50% waar te nemen. De percentages van de vanuit een instelling behandelde cliënten komen overeen met de cijfers uit 1999; 50-plussers vormen nog steeds de grootste groep cliënten welke met 78% in 1999 en bijna 75% in het onderhavige onderzoek vrijwel gelijk is gebleven.

Ruim driekwart van de cliënten EEE is ziekenfonds verzekerd. Cliënten van vrijgevestigde ergotherapeuten zijn vaker particulier verzekerd dan cliënten die vanuit een instelling worden behandeld (39,2 versus 16,5%).

5.2 Diagnosegegevens

Door de verwijzer wordt in principe voor iedere cliënt een medische diagnose vastgesteld. Daarnaast stelt ook de ergotherapeut een diagnose vast, de ergotherapeutische diagnose. Beide diagnoses zullen worden beschreven aan de hand van de gegevens uit de registratieformulieren van zowel de lopende als de afgeronde behandelingen.

5.2.1 Medische diagnose

In tabel 5.2 wordt een overzicht gepresenteerd van de medische diagnoses van de behandelde cliënten. Per cliënt konden meerdere diagnoses worden aangegeven, met een maximum van drie.

Tabel 5.2: Medische diagnose^a

	Instellingen (n=1377)	Vrijgevestigden (n=260)	Totaal (n=1752)
	%	%	%
Nieuwvormingen	3,7	2,3	3,4
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	4,0	7,7	4,7
Ziekten van het zenuwstelsel	18,9	5,4	16,5
Ziekten van oog en adnexen	1,9	1,5	1,9
Ziekten van hart en vaatstelsel	20,1	5,8	17,8
Ziekten van het ademhalingsstelsel	4,9	2,3	4,5
Ziekten van huid en subcutis	2,0	1,9	1,9
Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel	45,6	18,8	41,5
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	4,8	11,9	6,1
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen	2,2	1,5	2,1
Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	6,8	3,5	5,9
Overige aandoeningen	12,8	50,8 ^b	18,8
Onbekend	,1	-	,1

^a Omdat meerdere diagnoses per cliënt mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

^b Bij 35,8% van deze cliënten gaat het om een ontwikkelingsstoornis, bij 15% om overige aandoeningen.

Uit de tabel komt naar voren dat in de totale groep de medische diagnose ‘ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel’ het meest wordt aangegeven (41,5%); bij uitsplitsing naar instellingen en vrijgevestigden blijkt deze medische diagnose met name bij instellingen het meest frequent genoemd te zijn. Bij ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel moet onder andere worden gedacht aan aandoeningen als rugklachten, reuma en artrose. Naast deze aandoeningen zijn bij cliënten die vanuit instellingen worden behandeld ‘ziekten van hart en vaatstelsel’ en ‘ziekten van het zenuwstelsel’ relatief vaak als medische

diagnose vastgesteld. Deze eerste categorie omvat onder andere CVA's en TIA's; bij ziekten van het zenuwstelsel gaat het ondermeer om aandoeningen als ALS, Parkinson en MS. Deze drie hoofdcategorieën van medische diagnoses komen overeen met de door SWOKA gepresenteerde categorieën uit 1999 (CVZ, 1999).

Vrijgevestigden geven als medische diagnose in ruim de helft van de gevallen de categorie 'overige aandoeningen' aan. Uit navraag bij de desbetreffende ergotherapeuten komt naar voren dat het hier meestal om een ontwikkelingsstoornis gaat; dit is 35,8% van alle cliënten van vrijgevestigden. Ontwikkelingsstoornissen vormen hiermee de meest voorkomende medische diagnose van cliënten van vrijgevestigde ergotherapeuten. In vergelijking met het onderzoek van SWOKA (CVZ, 1999) ligt het percentage ontwikkelingsstoornissen lager; in 1999 had 73% van de cliënten een ontwikkelingsstoornis. Dit heeft mogelijk te maken met het verschil in leeftijdsopbouw van de onderzochte populatie in beide onderzoeken. Een sterker vertegenwoordigde groep cliënten van 15 jaar of jonger in het SWOKA-onderzoek en het frequenter voorkomen van ontwikkelingsstoornissen onder deze cliënten vormt hier mogelijk de oorzaak van. Tevens kwam in 1999 naar voren dat bij vrijgevestigden psychische stoornissen met 15% de op één na meest voorkomende medische diagnose was; in het onderhavige onderzoek is een percentage van 7,7% geconstateerd. Een toename ten opzichte van 1999 valt waar te nemen in de categorie 'ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel'; deze kwamen toentertijd bij 6% van cliënten van vrijgevestigden voor.

5.2.2 *Ergotherapeutische diagnose*

Behalve naar de medische diagnose is ook gevraagd naar de ergotherapeutische diagnose die bij aanvang van de behandeling is vastgesteld door de behandelende ergotherapeuten. De ergotherapeutische diagnose grijpt aan op één of meerdere aspecten van drie hoofdcategorieën, te weten: zelfverzorging, productiviteit en ontspanning. Per cliënt konden maximaal drie aspecten worden aangegeven. De onderstaande tabel geeft aan welke ergotherapeutische diagnoses zijn geregistreerd bij aanvang van de behandeling. Het blijkt dat de door vanuit instellingen werkzame ergotherapeuten vastgestelde ergotherapeutische diagnoses afwijken van de door vrijgevestigde ergotherapeuten vastgestelde diagnoses. Deze verschillen kunnen grotendeels verklaard worden door het leeftijdsverschil tussen beide groepen cliënten. Zo grijpt bij de vrijgevestigden bij meer dan de helft van de cliënten de diagnose aan op het aspect 'spel/school'. Gezien het feit dat vrijgevestigden voornamelijk kinderen behandelen en op de totale groep cliënten met de ergotherapeutische diagnose 'spel/school' 90,6% jonger dan 15 jaar is, is dit relatief hoge percentage niet verwonderlijk. Bij cliënten die vanuit een instelling worden behandeld zijn de meest gekozen aspecten: 'functionele mobiliteit', 'persoonlijke verzorging' en de 'uitvoering van huishoudelijke activiteiten'. Ook hier zien we een relatie met de leeftijd van de cliënten met deze diagnoses; doordat 73,9% van alle cliënten met één van deze drie diagnoses (n=1525) 50 jaar of ouder is en bijna driekwart van de vanuit instellingen behandelde cliënten zich bevindt in deze leeftijdscategorie liggen de relatief hoge percentages op deze aspecten onder cliënten die vanuit een instelling worden behandeld in de lijn der verwachting.

Tabel 5.3: Ergotherapeutische diagnose^a

	Instellingen (n=1377)	Vrijgevestigden (n=260)	Totaal (n=1752)
	%	%	%
<i>Zelfverzorging</i>			
Persoonlijke verzorging	46,8	32,7	44,7
Functionele mobiliteit	67,8	30,8	61,9
Organisatie van het huishouden	13,4	7,7	12,2
<i>Productiviteit</i>			
Betaald/onbetaald werk	8,4	15,4	9,5
Uitvoering van huishoudelijke activiteiten	30,9	18,8	28,8
Spel/school	5,4	55,4	13,4
<i>Ontspanning</i>			
Passieve recreatie	14,5	13,1	14,4
Actieve recreatie	9,2	8,5	9,4
Sociale contacten	8,3	7,7	8,6
Onbekend	,2	-	,2

^a Omdat meerdere diagnoses per cliënt mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

5.3 Specifieke kenmerken van cliënten

Van de cliënten van wie tijdens de registratieperiode de behandeling nog niet was afgerond (n=1204) is tevens een aantal aanvullende karakteristieken geregistreerd. Dit betroffen gegevens over opleidingsniveau, gezins- en woonsituatie, eventuele gebruikmaking van andere vormen van hulp en de dagelijkse werkzaamheden van de cliënt.

Tabel 5.4: Opleidingsniveau

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Basisonderwijs/Speciaal onderwijs	9,6	45,9	15,9
VBO/LBO/VMBO/MAVO/VMBO	11,5	10,3	11,5
HAVO /VWO/Gymnasium/MBO HBS/MMS/MULO	9,5	6,5	8,6
HBO/Universiteit	6,0	11,4	7,0
Anders	2,4	10,3	3,8
Onbekend	60,2	12,4	51,7

Uit de registratie van het opleidingsniveau komt, mede door het relatief hoge percentage kinderen dat vrijgevestigden behandelen, naar voren dat 45,9% van de cliënten van vrijgevestigden het basisonderwijs of speciaal onderwijs de hoogst voltooide dan wel huidige

opleiding is. Van cliënten die vanuit instellingen worden behandeld is bij ruim 60% het opleidingsniveau bij de ergotherapeut niet bekend.

Voor wat betreft de dagelijkse werkzaamheden van cliënten blijkt dat het bij de vrijgevestigde praktijken ongeveer de helft van de behandelde cliënten scholieren of studenten zijn, tegenover 5,0% bij de instellingen. Het merendeel (68,7%) van de vanuit instellingen behandelde cliënten is niet werkzaam. De achterliggende reden voor het niet werkzaam zijn van cliënten is in de meeste gevallen AOW, VUT of pensioen. Bij ongeveer 30% van de niet-werkenden is er sprake van arbeidsongeschiktheid (resp. bij 30,2 en 25,0% van cliënten van instellingen en vrijgevestigden).

Met betrekking tot de woonsituatie van cliënten kan, aan de hand van tabel 5.5, worden geconstateerd van het merendeel (70,8%) van de cliënten zelfstandig woont, zowel in het geval van vanuit instellingen behandelde cliënten als cliënten van vrijgevestigden. Onder de vanuit instellingen behandelde cliënten is 13,6% woonachtig in een verzorgingshuis; 8,6% woont in een andere woonvorm.

Tabel 5.5 laat zien dat cliënten van vrijgevestigden in de meeste gevallen samen leven met ouders; 93,3% van deze groep is jonger dan 15 jaar. Cliënten die vanuit een instelling worden behandeld zijn in 40,3% van de gevallen alleenwonend en in 41,7% samenwonend met een partner/echtgenoot. In vergelijking met 1999 is onder de cliënten van vrijgevestigden zowel het percentage zelfstandig wonenden (1999: 100%) als het percentage dat samenleeft met ouders (1999: 84%) afgenomen (CVZ,1999).

Tabel 5.5: Gezins- en woonsituatie van cliënten^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Gezinssituatie			
Alleenwonend	40.3	13.5	35.9
Samenlevend met ouder(s)	7.4	56.8	15.9
Samenlevend met partner/echtgenoot	41.7	17.8	37.5
Samenlevend met opgroeiend(e) kind(eren)	10.1	9.7	9.7
Samenlevend met inwonende volwassen kind(eren)	3.8	2.2	3.5
Samenlevend met anderen	2.3	1.6	2.4
Anders	3.0	12.4	4.5
Onbekend	.1	-	.1
Woonsituatie			
Zelfstandig	71.9	61.6	70.8
Verzorgingshuis	13.6	1.1	11.3
Woonzorgcomplex	4.3	.5	3.7
Steunpuntwoning	.1	-	.1
Aan/inleunwoning	4.2	-	3.5
Anders	5.5	35.7	10.3
Onbekend	.3	1.1	.4

^a Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Tweederde van de cliënten ontvangt naast EEE ook nog een andere vorm van hulp, zoals bijvoorbeeld thuiszorg of mantelzorg. Het zijn voornamelijk cliënten die vanuit een instelling worden behandeld die een beroep doen op extra hulp (73,8%). Van de cliënten van vrijgevestigden maakt 33,5% gebruik van een additionele vorm van hulp in de thuis-situatie.

5.4 Verwijsgegevens

5.4.1 *Initiatiefnemer en verwijzer*

Om in aanmerking te komen voor EEE is een officiële verwijzing van een arts noodzakelijk. Het initiatief voor behandeling kan echter ook worden genomen door een ander dan de verwijzer. Tabel 5.6 laat zien dat zowel bij instellingen als vrijgevestigden in de meeste gevallen de huisarts de initiatiefnemer is. In een aantal gevallen, met name bij cliënten die vanuit een instelling worden behandeld, is bij de vraag naar de initiatiefnemer gekozen voor de categorie 'anders'. Enkele voorbeelden van de hier vermelde initiatiefnemers zijn: familieleden/vrienden, plastisch chirurg, personeel verzorgingshuis, leerkracht, zorgconsulent, Riagg en geriater. Het is ook mogelijk dat de cliënt zelf het initiatief neemt voor het inzetten van EEE; hiervan is sprake bij 11,7% van de cliënten die vanuit een instelling worden behandeld en bij 8,6% van de door vrijgevestigden behandelde cliënten. In 1999 nam van de cliënten die naar een vanuit een instelling werkzame ergotherapeut werden verwezen 12% zelf het initiatief (CVZ,1999); van de cliënten van vrijgevestigden zijn hierover geen cijfers.

De verwijzing vindt bij cliënten van instellingen in 63,0% en van vrijgevestigden driekwart van de gevallen plaats door de huisarts, gevolgd door de revalidatiearts met respectievelijk 14,6 en 8,6%. De medisch specialisten (neuroloog, orthopeed, reumatoloog en kinderarts) nemen gezamenlijk voor beide groepen cliënten ongeveer 12% van de verwijzingen voor hun rekening. Het patroon van verwijzers is nagenoeg gelijk aan dat van 1999: huisarts (68%), medisch specialist (16%) en revalidatiearts (12%) (CVZ,1999). Ook het aandeel van de verpleeghuisarts is vrijwel constant gebleven met 2% in 1999 en 2,4% in 2002.

In die gevallen waarin de initiatiefnemer ook gemachtigd is tot het verstrekken van een verwijzing, kan de initiatiefnemer gelijk zijn aan de verwijzer. Over het totaal aantal cliënten blijkt er in 54,9% van de gevallen sprake te zijn van een verwijzer die tevens één van de initiatiefnemers van de behandeling was. Zo blijkt dat wanneer de huisarts de cliënt heeft verwezen in 29,4% van de gevallen de huisarts ook één van de initiatiefnemers te zijn. Voor wat betreft de revalidatiearts wordt deze overeenkomst geconstateerd bij 10,9% van de cliënten. Bij 45,1 van de cliënten is het initiatief tot het inzetten van de behandeling genomen door een ander dan de verwijzer.

Tabel 5.6: Initiatiefnemer en verwijzer^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Initiatiefnemer			
Cliënt zelf	11.7	8.6	11.0
Huisarts	29.9	27.6	30.2
Revalidatiearts	13.0	7.6	11.7
Verpleeghuisarts	2.3	-	2.2
Neuroloog	2.9	2.7	2.7
Orthopeed	.4	1.6	.6
Reumatoloog	6.6	1.6	5.6
Kinderarts	.1	4.9	.9
Personeel verzorgingshuis	6.3	.5	5.1
Fysiotherapeut	4.2	9.2	5.3
Oefentherapeut Cesar	-	-	.1
Oefentherapeut-Mensendieck	.1	-	.2
Intramuraal werkende) ergotherapeut	2.1	3.2	2.2
Thuiszorg (wijkverpleging/gezinszorg)	3.4	-	3.1
WVG-consulent/RIO-indicatie adviseur	5.1	1.1	4.3
Anders	17.1	45.9	21.4
Onbekend	.6	-	.5
Verwijzer			
Huisarts	63.0	75.7	65.7
Revalidatiearts	14.6	8.6	13.4
Verpleeghuisarts	3.6	.5	3.2
Neuroloog	3.5	1.6	3.0
Orthopeed	.5	1.1	.6
Reumatoloog	7.6	4.3	7.0
Kinderarts	.7	4.3	1.5
Anders	6.3	3.2	5.6
Onbekend	.1	.5	.2

a Per cliënt is meer dan een initiatiefnemer mogelijk: de percentages tellen daarom op tot meer dan 100%.

5.4.2 Reden aanvraag

De verwijzer behoort bij zijn verwijzing de reden voor het aanvragen van EEE aan te geven. Een overzicht van deze redenen is weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7: Reden tot aanvraag behandeling^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Ergotherapeutische diagnostiek	33,2	47,0	34,6
Advies/instructie	73,2	51,6	69,7
Behandelen	25,7	59,2	31,1
Niet gespecificeerd (door verwijzer)	9,7	9,8	9,8
Anders	7,6	15,2	8,8
Onbekend	,3	,5	,5

a Per cliënt is meer dan één reden tot aanvraag van behandeling mogelijk; de percentages tellen daarom op tot meer dan 100% .

Het blijkt dat bij verwijzing naar vanuit een instelling geleverde EEE het in 73,2% van de gevallen gaat om advies/instructie als reden tot aanvraag van behandeling. Advies/instructie houdt in: advisering door de ergotherapeut over hulpmiddelen, voorzieningen, (woning) aanpassingen, waardoor de cliënt in staat wordt gesteld (weer) zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Voorlichting en instructie aan cliënt en omgeving maken ook deel uit van het ergotherapeutisch advies. Bij de vrijgevestigden ligt dit percentage duidelijk lager, en wordt als hoofdreden het behandelen in de zin van het trainen van vaardigheden, aangegeven. Bij eenderde van de verwijzingen naar instellingen en 47,0% van de verwijzingen naar vrijgevestigden wordt ergotherapeutische diagnostiek aangevraagd; hierbij wordt de ergotherapeut door middel van observatie en onderzoek, ergotherapeutische tests en gespreksvoering gevraagd aan te geven of ergotherapeutisch advies of behandeling zinvol is voor de cliënt of dat de cliënt meer gebaat is bij een andere aanpak.

5.4.3 *Duur tussen verwijzing en aanvang behandeling*

Na het verstrekken van de verwijzing voor behandeling in het kader van EEE wordt niet in alle gevallen direct aangevangen met de behandeling. De tijd tussen de verwijzing en de eerste behandeling bedraagt bij de lopende behandelingen gemiddeld 23,5 dagen (SD38,7). In de helft van de gevallen wordt binnen twee weken na de verwijzing aangevangen met de behandeling; bij 62,8% is de aanvang binnen drie weken gerealiseerd. Bij 1,9% van de cliënten blijkt de verwijzing te zijn verstrekt ná de aanvang van de behandeling.

5.5 **Behandelproces**

Binnen het behandelproces van de ergotherapeut kan een aantal zaken van elkaar worden onderscheiden. In deze paragraaf komen allereerst de behandeldoelen, de uitgangspunten en de gebruikte interventies aan de orde. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen de reden voor het aanvragen van EEE en de toegepaste interventie. Tot slot zal wor-

den ingegaan op verrichtte werkzaamheden met betrekking tot WVG-voorzieningen en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van NVE-behandelstandaarden.

5.5.1 *Behandeldoelen*

De ergotherapeuten is gevraagd aan te geven op welke van de genoemde aspecten (functies, activiteiten, participatie) de behandeldoelen zich richten. Op elke cliënt konden meer behandeldoelen van toepassing zijn die mogelijk aangrijpen op verschillende aspecten. Tabel 5.8 geeft hier een overzicht van.

Tabel 5.8: Behandeldoelen^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Functionies			
Senso-motorisch	23.4	64.3	30.1
Cognitief	3.2	10.3	4.2
Psycho-sociaal	3.8	10.3	4.8
Activiteiten			
<i>Zelfverzorging</i>			
Persoonlijke verzorging	39.7	24.9	37.2
Functionele mobiliteit	60.9	23.2	54.9
Organisatie van het huishouden	9.4	2.2	7.9
<i>Productiviteit</i>			
Betaald/onbetaald werk	5.8	10.3	6.7
Uitvoering van huishoudelijke activiteiten	28.3	15.1	26.1
Spel/school	4.7	52.4	12.5
<i>Ontspanning</i>			
Passieve recreatie	11.0	7.0	10.1
Actieve recreatie	4.5	1.1	4.0
Sociale contacten	4.6	.5	4.0
Participatie			
Rol van zelfverzorger	5.9	6.5	5.7
Mobiliteit	27.0	5.4	23.7
Sociale rol	4.6	4.9	4.8
Beroepsrol	6.2	9.2	6.6
Gezin/familierol	3.8	6.5	4.1
Onbekend	.8	4.9	1.4

^a Omdat meerdere behandeldoelen per cliënt mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Over de totale groep gezien zijn behandeldoelen op activiteitengebied het meest frequent aangegeven (163,4%), gevolgd door behandeldoelen op participatieniveau (44,9%) en functiegebied (39,1%). Binnen de hoofdcategorieën zijn de meest voorkomende behandeldoelen op functiegebied senso-motorische functies (30,1%), functionele mobiliteit op

activiteiten-gebied (54,9%) en mobiliteit op participatiegebied (23,7%). Andere relatief frequent genoemde behandeldoelen zijn: persoonlijke verzorging (37,2%) en uitvoering van huishoudelijke activiteiten (26,1%). Binnen de hoofdcategorieën en de subcategorieën op activiteitengebied zijn de overige behandeldoelen allemaal in minder dan 15% van de gevallen aangegeven.

De gekozen doelen door ergotherapeuten die vanuit een instelling werkzaam zijn komen grotendeels overeen met die van de totale groep; behandeldoelen op het gebied van spel/school binnen de hoofdcategorie activiteiten vormen hier een uitzondering op. Wordt dit behandeldoel bij instellingen in slechts 4,7% aangegeven; bij de vrijgevestigden ligt dit percentage op 52,4%. Daarnaast wordt door vrijgevestigden in 84,9% van de gevallen een behandeldoel op functie-gebied aangegeven; bij 64,3% van de cliënten gaat het om sensorische functies waarop het behandeldoel is gericht. Van deze laatste categorie betreft het in 81,5% van de gevallen cliënten van 20 jaar of jonger.

In het onderzoek van SWOKA (CVZ, 1999) is het overzicht van de gestelde behandeldoelen beperkt tot doelen op activiteitengebied.¹⁹ In het onderhavig onderzoek (cliëntenregistratie) is eveneens gevraagd naar behandeldoelen op functie- en participatiegebied, en is de beperking opgelegd dat per cliënt maximaal drie doelen konden worden aangegeven. Hierdoor kan alleen een vergelijking worden gemaakt van patronen van gekozen behandeldoelen op activiteiten-gebied; percentages kunnen niet worden vergeleken. In beide onderzoeken komen bij behandelingen vanuit een instelling behandeldoelen op het terrein van zelfverzorging het meest frequent voor, gevolgd door behandeldoelen op het terrein van productiviteit en ontspanning. Binnen de nadere onderverdeling is functionele mobiliteit het meest aangegeven behandeldoel. Voor wat betreft de behandelingen van vrijgevestigden wordt in beide onderzoeken dezelfde volgorde van meest aangegeven behandeldoelen gevonden, namelijk productiviteit als meest voorkomende, gevolgd door zelfverzorging en ontspanning.

Aan de ergotherapeuten is gevraagd voor iedere cliënt de aangegeven behandeldoelen in volgorde van belangrijkheid te zetten. Wanneer de behandeldoelen worden teruggebracht tot de hoofdcategorieën functies, activiteiten en participatie, blijkt dat in 59,5% van de gevallen een behandeldoel op activiteitengebied als belangrijkste doel wordt genoemd. Behandeldoelen op participatie- en functieniveau worden in respectievelijk 27,6 en 20,1% van de gevallen als belangrijkste doel aangemerkt. Bij uitsplitsing naar instellingen en vrijgevestigden komen bij de instellingen ook behandeldoelen op activiteitengebied naar voren als belangrijkste doel (65,1%). Vrijgevestigden geven in 41,1% van de gevallen een behandeldoel op functieniveau als belangrijkste doel aan; in 39,5% van de gevallen gaat het om het behandeldoel sensorische functies.

¹⁹ De subcategorie 'ontspanning' in het registratieonderzoek komt overeen met de in het SWOKA-onderzoek gebruikte subcategorie 'vrije tijdsbesteding'; in dit rapport wordt de term 'ontspanning' gehanteerd.

5.5.2 *Uitgangspunten*

In de registratieformulieren is ook een vraag opgenomen over de uitgangspunten die centraal staan bij de behandeling van cliënten. Het gaat dan om de uitgangspunten onderhoud/behoud, ontwikkelen, herstel, aanpassen van de omgeving en preventie. Voor wat betreft deze uitgangspunten zien we een duidelijk verschil tussen de instellingen en de vrijgevestigden. Staat bij cliënten van vrijgevestigden het ontwikkelen van (nieuwe) functies, vaardigheden en activiteiten bovenaan (63,8% versus 23,5% bij cliënten van instellingen); bij cliënten die vanuit instellingen worden behandeld is het aanpassen van de omgeving met behulp van hulpmiddelen of woningaanpassingen het voornaamste uitgangspunt (73,7% versus 34,6% bij cliënten van vrijgevestigden). In respectievelijk 29,6 en 20,0% van de gevallen bij instellingen en vrijgevestigden is onderhoud/ behoud van functies, vaardigheden en activiteiten het uitgangspunt. Herstel vormt bij cliënten van instellingen in 20,6 en bij cliënten van vrijgevestigden in 34,6% het uitgangspunt. Preventie komt in gelijke mate voor, namelijk in 23,9 (instellingen) en 23,8% (vrijgevestigden).

5.5.3 *Interventies*

Om, aan de hand van de uitgangspunten van de behandeling, de gestelde behandeldoelen te bereiken kan de ergotherapeut verschillende interventies/verrichtingen toepassen. De interventies/verrichtingen en de mate waarin zij voorkomen zijn weergegeven in tabel 5.9.

Tabel 5.9: Interventies/verrichtingen^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Ergotherapeutische diagnostiek	40,2	51,4	41,8
Advies/instructie aan cliënt	74,8	64,3	72,4
Advies/instructie aan derden	29,1	62,7	34,6
Advies/aanvraag hulpmiddelen	44,9	18,4	40,9
Trainen/oefenen van activiteiten	28,8	58,9	33,4
Trainen/oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen	38,6	14,6	34,0
Functietraining/sensomotorische training	11,2	57,8	19,0
Overig	10,9	5,4	10,2
Onbekend	,2	-	,2

^a Omdat per cliënt meer dan één interventie/verrichting mogelijk is tellen de percentages op tot meer dan 100%.

In veel gevallen, zowel bij cliënten van instellingen als vrijgevestigden is aangegeven dat de interventie zich richt op 'advies/instructie aan de cliënt'. Daarnaast blijkt het in 40,2 en 51,4% van de gevallen (resp. cliënten van instellingen en vrijgevestigden) te gaan om het verrichten van 'ergotherapeutische diagnostiek', waarbij ergotherapeuten wordt gevraagd

aan te geven of advies of behandeling zinvol is voor de cliënt. De mate waarin de overige interventies zijn gekozen loopt uiteen voor instellingen en vrijgevestigden. Ten opzichte van de ergotherapeuten die vanuit een instelling werken maken vrijgevestigde ergotherapeuten relatief frequenter gebruik van de volgende interventies: advies/instructie aan derden, trainen/oefenen van activiteiten en functietraining/sensomotorische training. In instellingen richt de interventie zich vaker op advies/aanvraag hulpmiddelen ten laste van ZFW of cliënt en trainen en oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen.

In het SWOKA-onderzoek uit 1999 (CVZ, 1999) wordt een andere indeling van interventies gehanteerd; een volledige vergelijking is dientengevolge niet mogelijk. Wel kan gesteld worden dat in beide onderzoeken advies/instructie het grootste aandeel levert in de toegepaste interventies. Tevens komt uit beide onderzoeken naar voren dat onder cliënten die vanuit instellingen worden behandeld verrichtingen ten aanzien van hulpmiddelen relatief vaak voorkomen terwijl onder vrijgevestigden er een relatief hoog percentage interventies op het gebied van functietraining/ sensomotorische training plaatsvindt.

5.5.4 *Overeenkomst reden aanvraag en toegepaste interventie*

Door de verwijzer wordt in de meeste gevallen een reden aangegeven voor het aanvragen van EEE (tabel 5.7). Hiermee geeft de verwijzer aan welke interventie of verrichting er naar zijn mening dient te worden toegepast. De door de ergotherapeut toegepaste interventie kan overeenkomen dan wel afwijken van de aanvraag van de verwijzer. Uit vergelijking van deze gegevens blijkt dat in 70,3% van de gevallen waarin ergotherapeutische diagnostiek werd aangevraagd (n=417) deze interventie ook daadwerkelijk werd uitgevoerd. Bij die cliënten waarbij door verwijzer 'advies/instructie' werd aangevraagd (n=839) blijkt in 94,5% de ingezette interventie te bestaan uit advies/instructie aan de cliënt of aan derden, of advies/aanvraag van hulpmiddelen ten laste van de ZFW of de cliënt. Indien de verwijzer 'behandelen' had aangevraagd is in 89,1% van de gevallen (n=375) één van de volgende interventies uitgevoerd: trainen/oefenen van activiteiten, trainen/oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen, functietraining/sensomotorische training.

5.5.5 *Werkzaamheden WVG-voorzieningen*

Uit de door SWOKA uitgevoerde evaluatie van de subsidieregeling (CVZ, 1999) bleek dat er een afbakeningsproblematiek bestond tussen EEE en WVG. Naar aanleiding daarvan is wettelijk vastgelegd dat training van WVG-hulpmiddelen, na levering van het hulpmiddel, ten laste mag komen van EEE, mits de gemeente de training niet vergoed. Tabel 5.10 geeft een overzicht van de werkzaamheden met betrekking tot WVG-voorzieningen die hebben plaatsgevonden in het kader van EEE.

Tabel 5.10: Werkzaamheden met betrekking tot WVG-voorzieningen^a

	Instellingen (n=943)	Vrijgevestigden (n=185)	Totaal (n=1204)
	%	%	%
Geen	49,2	75,5	55,2
Inventarisatie mogelijkheid/noodzaak tot aanvraag WVG-voorziening	39,3	13,0	35,0
Training WVG-voorziening	7,2	2,7	6,6
Advisering en training WVG-voorziening	10,5	8,7	9,7
Onbekend	2,1	5,9	2,7

^a Omdat per cliënt meerdere antwoorden mogelijk zijn telt het totaal op tot meer dan 100%.

Uit de registratieformulieren blijkt dat vanuit instellingen aan 7,2% van de cliënten een dergelijke training plaatsvindt in het kader van EEE; bij de vrijgevestigden ligt dit percentage lager (2,7%). Bij zowel instellingen als vrijgevestigden heeft een inventarisatie van de mogelijkheid/noodzaak tot aanvraag van WVG-voorzieningen vaker plaatsgevonden. In respectievelijk 10,5% van de cliënten van instellingen en 8,7% van de cliënten van vrijgevestigden is er sprake geweest van een combinatie van advisering en training van WVG-voorzieningen. Bij de helft van de cliënten van instellingen en driekwart van de cliënten van vrijgevestigde ergotherapeuten hebben er überhaupt geen werkzaamheden met betrekking tot WVG-voorzieningen plaatsgevonden.

5.5.6 *Behandelstandaarden*

Door de NVE is inmiddels een aantal adviserings- en behandelstandaarden ontwikkeld. Voor wat betreft het gebruik van deze standaarden geven instellingen en vrijgevestigden een vergelijkbaar beeld.²⁰ Bij 60,2% van de cliënten van instellingen en ruim tweederde van de cliënten van vrijgevestigden, blijkt een behandelstandaard niet van toepassing. In de overige gevallen wordt het meest gebruik gemaakt van de Standaard Ergotherapeutische adviesrapportage Sta-op-stoel (14,7% respectievelijk 5,9%), en in mindere mate van de Standaarden Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met Trippelfunctie (9,4 resp. 3,8%), WVG advisering door ergotherapeuten (7,5 resp. 4,9%), Ergotherapie en advisering van hulpmiddelen en voorzieningen (8,8 resp. 7,0%) en de standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten (4,9 resp. 7,0%). Bij minder dan 3% van de cliënten was één van de volgende standaarden van toepassing: ‘Ergotherapeutische registratielijst voor een ADL-zelf-verzorgingsobservatie’, ‘Ergotherapeutische adviesrapportage rollator’, ‘Ergotherapeutische diagnostiek ten behoeve van de advisering van zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encephalopathie’ en ‘Ergotherapeutische behandeling van cliënten met ALS (Amyotrofische Lateraal Sclerose)’.

²⁰ Op één cliënt kunnen meerdere behandelstandaarden van toepassing zijn.

5.6 Behandelingsduur en tijdsbesteding

Aan de hand van de registratieformulieren van cliënten met afgeronde behandelingen kunnen uitspraken worden gedaan over de totale contacttijd, de behandelingsperiode en het al dan niet bereikt hebben van behandeldoelen. Het totaal aantal cliënten waarvan een registratieformulier van een afgeronde behandeling is ontvangen bedraagt 548; hiervan zijn er 434 vanuit een instelling behandeld en 75 vanuit een vrijgevestigde praktijk. Van 39 cliënten is niet bekend van waaruit zij behandeld zijn.

Van de cliënten van wie de behandeling tijdens de registratieperiode nog gaande was (n=1204) wordt inzicht verkregen in de bestede reistijd per zitting. Cliënten van vanuit instellingen werkzame ergotherapeuten (n=943) en vrijgevestigden (n=185) worden hierbij gesplitst. Daarnaast worden aan de hand van de geregistreerde tijdsbesteding cijfers weergegeven over de verhouding tussen contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd.

5.6.1 Contacttijd

Uit de registratieformulieren van de afgeronde behandelingen komt naar voren dat er over de gehele groep sprake is van een gemiddelde contacttijd van 5,0 uur, variërend van 4,2 uur bij de instellingen tot 7,8 uur bij de vrijgevestigden. Toch blijkt niet in alle gevallen het maximum van 10 uur voldoende. Tabel 5.11 laat zien dat bij de vrijgevestigden voor een kwart van de cliënten de contacttijd meer dan 10 uur bedraagt; voor wat betreft instellingen gaat het om 3,5% van de cliënten die meer dan 10 uur contacttijd hebben genoten en dus niet voldoende hadden aan de 10 uur die vergoed werd. Deze percentages komen vrijwel overeen met de resultaten uit het SWOKA-onderzoek (respectievelijk 25 en 4%). Wanneer onder ergotherapeuten die vanuit een instelling werkzaam zijn de totale contacttijd de 10 uur overschrijdt gaat het hoofdzakelijk om cliënten met ondermeer een 'ziekte van het bot/spierstelsel en bindweefsel' (29,4%). Bij de vrijgevestigden is er in 57,8% van de cliënten met een totale contacttijd van meer dan 10 uur sprake van ondermeer een ontwikkelingsstoornis.

Tabel 5.11: Totale contacttijd

	Instellingen (n=434)	Vrijgevestigden (n=75)	Totaal (n=548)
	%	%	%
Minder dan 10 uur (<10)	92,4	54,7	87,7
Exact 10 uur (=10)	4,2	20,0	6,0
Tussen 10 en 20 uur (>10≤20)	2,8	24,0	5,5
Meer dan 20 uur (>20)	0,7	1,3	0,7

In tabel 5.12 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde totale contacttijd naar de meest voorkomende medische diagnoses (afgeronde behandelingen). In de categorie 'ontwikkelingsstoornissen' bedraagt de gemiddelde contacttijd meer dan 10 uur, namelijk

11,2 uur. Opvallend is dat bij twee veel voorkomende diagnoses, ‘ziekten van bot/spierstelsel’ en ‘ziekten van hart- en vaatstelsel’ de gemiddelde contacttijd relatief laag is, namelijk gemiddeld 3,4 uur.

Tabel 5.12: Gemiddelde contacttijd voor de meest voorkomende medische diagnoses

	N= 548 %	Contacttijd in uren gemiddelde
Ziekten van bot/spierstelsel en bindweefsel (n=167)	30,6	3,4
Ziekten van hart en vaatstelsel (n=62)	11,4	3,4
Ziekten van zenuwstelsel (n=54)	9,9	4,5
Overige aandoeningen (n=41)	7,5	6,1
Letsel / vergiftiging (n=28)	5,1	5,4
Congenitale afwijkingen (n=24)	4,4	5,7
Ontwikkelingsstoornissen (n=22)	4,0	11,3
Anders	27,1	

Als er een onderscheid gemaakt wordt naar de leeftijd van de cliënten blijkt dat kinderen tot en met 15 jaar ruim tweemaal zoveel contacttijd hebben als cliënten ouder dan 15 jaar (respectievelijk 8,4 en 4,1 uur, $p < 0,001$).

Vrijgevestigden geven van de cliënten van wie de behandeling tijdens de registratieperiode nog gaande was aan dat ze bij bijna de helft van deze cliënten verwachten dat het maximum aantal uren dat vergoed wordt niet voldoende is; bij ergotherapeuten die vanuit een instelling werken wordt dit bij 15,9% van de cliënten verwacht.

5.6.2 Reistijd

Een behandeling in het kader van EEE kan op verschillende locaties plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld thuis bij de cliënt, in de praktijk van de ergotherapeut of in een ruimte binnen een instelling. De reistijd van de ergotherapeut is afhankelijk van de plaats van behandeling. Van de cliënten met een lopende behandeling vond bij instellingen 70,7% van de behandelingen plaats bij de cliënt thuis; 20,7% van de behandelingen vond plaats binnen de instelling. Vrijgevestigden geven het merendeel van de behandelingen in de eigen praktijk (56,8%); ongeveer een derde van de behandelingen vindt plaats bij de cliënt thuis. Er is door ergotherapeuten die vanuit een instelling werkzaam zijn dan ook in 73,7% van de behandelingen een bepaalde reistijd aangegeven; vrijgevestigden geven bij 36,2% van de behandelingen aan dat er sprake is van reistijd. Van de cliënten waarbij voor de ergotherapeut sprake is van een reistijd doordat ze buiten de instelling of prak-

tijkruimte worden behandeld, is in tabel 5.13 de gemiddelde reistijd per zitting weer-gegeven.²¹

Tabel 5.13: Gemiddelde reistijd per zitting

	Instellingen (n=719)	Vrijgevestigden (n=75)	Totaal (n=852)
	%	%	%
1 - 10 minuten	14,7	12,0	14,3
11-20 minuten	33,8	26,7	32,6
21-30 minuten	26,3	29,3	26,9
31-40 minuten	12,5	9,3	12,7
41-50 minuten	6,8	10,7	7,3
51-60 minuten	4,5	5,3	4,5
Meer dan 1 uur	1,4	6,7	1,8

De gemiddelde reistijd van ergotherapeuten van instellingen en vrijgevestigden verschilt, met respectievelijk 26,2 en 27,4 minuten, nauwelijks van elkaar. Tabel 5.13 laat zien dat bijna driekwart van de benodigde reistijd bij ergotherapeuten die vanuit een instelling werkzaam zijn 30 minuten of minder bedraagt. Bij vrijgevestigden ligt dit percentage met 68% lager dan bij instellingen. Een gemiddelde reistijd van meer dan 40 minuten komt relatief vaker voor bij vrijgevestigden (22,7%) dan bij instellingen (12,7%).

5.6.3 *Verhouding contacttijd - indirect-cliëntgebonden tijd*

De omvang van de verstrekking EEE is gemaximeerd tot 10 uur per jaar per cliënt. Deze 10 uur heeft betrekking op de contacttijd (ook wel: direct-cliëntgebonden tijd) en niet op de overige tijd. De overige tijd bestaat uit indirect-cliëntgebonden tijd (overleg, rapportage e.d.) en niet-cliëntgebonden tijd (tijd besteed aan praktijkvoering, scholing e.d.). Bij de vaststelling van het neventarief EEE²² is uitgegaan van een werkdag van 8 uur die bestaat uit 6 uur contacttijd en 2 uur overige tijd. Deze 2 uur is niet nader gespecificeerd. Als we uitgaan van een kwartier tijd voor de praktijkvoering per dag dan zou de verhouding ‘contacttijd : indirect cliëntgebonden tijd : praktijkgebonden tijd’ zijn ‘6 uur : 1,75 uur : 0,25 uur’. Dit betekent dat de totale behandelingsdag voor 77%²³ bestaat uit contacttijd en 23% uit indirect-cliëntgebonden tijd. Als we uitgaan van een half uur praktijkgebonden tijd per dag is de verdeling tussen contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd respectievelijk 80 en 20%.

²¹ De gemiddelde reistijd is berekend door de totale reistijd te delen op het aantal zittingen waarbij sprake is van reistijd.

²² Het neventarief EEE geldt alleen voor ergotherapie dat verstrekt wordt vanuit instellingen. In de vrije vestiging is het tarief vrij.

²³ Dit percentage is berekend als volgt: $6 \text{ uur} / (6 + 1,75 \text{ uur}) * 100$.

In dit onderzoek is de tijd die ergotherapeuten besteden aan hun cliënten onderzocht. Bij de registratie van de lopende behandelingen is nagegaan welk deel van de behandelings-tijd wordt besteed aan contacttijd en welk deel aan de indirect-cliëntgebonden tijd. De tijd besteed aan praktijkvoering is niet gemeten in dit onderzoek.

De ergotherapeuten is gevraagd van de cliënten van wie de behandeling tijdens de registratieperiode nog gaande was de contacttijd en de indirect-cliëntgebonden tijd te registreren. Van 1088 cliënten is het percentage contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd berekend. De gemiddelde percentages bedroegen respectievelijk 70,8 en 29,2%, dit betekent dat gemiddeld bijna 30% van de totale behandelings-tijd aan indirect-cliëntgebonden tijd wordt besteed. Het gemiddeld percentage indirect-cliëntgebonden tijd verschilt nauwelijks tussen cliënten van ergotherapeuten uit instellingen en van vrijgevestigde ergotherapeuten, namelijk 29,3 en 28,8%.

Uit tabel 5.14 blijkt dat bij 62% van de cliënten meer dan 23% van de totale behandelings-tijd wordt besteed aan indirect-cliëntgebonden tijd. Bij 18% van de cliënten bedraagt de indirect-gebonden tijd 45% of meer van de totale behandelings-tijd.

Tabel 5.14: Bestede indirect-cliëntgebonden tijd

	Totaal (n=1088)
	%
≤ 20%	35,2
> 20% en ≤ 23%	3,0
> 23% en ≤ 25%	10,3
> 25% en ≤ 35%	19,3
> 35% en ≤ 45%	14,2
> 45% en ≤ 55%	9,8
> 55% en ≤ 65%	4,5
> 65%	3,6

Om inzicht te verkrijgen in de relatie tussen de tijdsbesteding en de toegepaste interventie wordt in tabel 5.15 een overzicht gepresenteerd van de percentages indirect-cliëntgebonden tijd besteed bij de tien meest voorkomende interventies/verrichtingen of combinaties daarvan.

Tabel 5.15: Gemiddeld percentage indirect-cliëntgebonden tijd voor de top10 van interventie-combinaties

	N = 1086	Indirect-cliënt gebonden tijd
	%	gemiddelde
Advies/aanvraag hulpmiddel + instructie cliënt	6,1	34,7
Advies/aanvraag hulpmiddel + instructie cliënt + trainen hulpmiddel/voorziening	5,0	33,1
Instructie cliënt	4,6	26,6
Diagnostiek + advies/aanvraag hulpmiddel + instructie cliënt	3,7	35,7
Instructie cliënt + trainen hulpmiddel/voorziening	3,5	20,3
Diagnostiek + instructie cliënt + instructie derden + trainen activiteiten + functie/sensomotorische training	3,4	26,9
Advies/aanvraag hulpmiddel	3,1	39,4
Instructie cliënt + trainen hulpmiddel/voorziening + trainen activiteiten	2,7	17,6
Diagnostiek + advies/aanvraag hulpm.+ instructie cliënt + trainen hulpmiddel/voorziening	2,5	31,1
Diagnostiek + instructie cliënt	2,3	34,5

Bij acht van deze top10 van interventie-combinaties wordt er meer dan 23% van de totale behandelingsduur besteed aan indirect-cliëntgebonden tijd. Relatief de meeste indirect-cliëntgebonden tijd wordt besteed wanneer de interventie bestaat uit advies/aanvraag van een hulpmiddel dat ten laste komt van de ziekenfondswet of de cliënt zelf. Behandelcombinaties die bestaan uit het instrueren van de cliënt en het trainen van hulpmiddelen en/of activiteiten vragen relatief het minst indirect-cliëntgebonden tijd.

5.6.4 *Behandelingsperiode*

Uit tabel 5.16 blijkt dat van de totale groep cliënten met afgeronde behandelingen 18,4% van de cliënten de behandeling binnen twee weken is afgerond. Bij 29,0% duurde de behandeling langer dan dertien weken; voor 11,3% nam de gehele behandeling langer dan 22 weken in beslag. Van cliënten die vanuit een instelling worden behandeld wordt bij ruim de helft de behandeling binnen 6 weken afgesloten. Vrijgevestigden sluiten in 28,0% van de gevallen de behandeling binnen deze periode af. Het percentage behandelingen dat 13 weken of langer duurt is bij vrijgevestigden hoger dan bij instellingen.

Tabel 5.16: Duur behandelingsperiode

	Instellingen (n=434)	Vrijgevestigden (n=75)	Totaal (n=548)
	%	%	%
Minder dan 2 weken	19,1	13,3	18,4
2-6 weken	31,3	14,7	29,0
7-12 weken	23,0	26,7	23,2
13-22 weken	16,6	26,7	17,7
Meer dan 22 weken	9,7	18,7	11,3
Onbekend	,2	-	,4

Voor wat betreft de cliënten die vanuit een instelling worden behandeld kan een vergelijking worden gemaakt met de door SWOKA gepresenteerde cijfers uit 1999 (CVZ, 1999). Bij vergelijking blijkt dat sinds 1999 het percentage behandelingen van 13 weken of langer is afgenomen (van 39% naar 26,3%), terwijl het percentage behandelingen van 6 weken of korter is toegenomen (van 38% naar 50,4%).

5.6.5 Bereiken behandeldoelen

Tabel 5.17 geeft op basis van gegevens van de afgeronde behandelingen weer of de gestelde behandeldoelen zijn bereikt. Bij ruim driekwart van de cliënten die vanuit een instelling werden behandeld zijn de gestelde doelen geheel of bijna geheel bereikt. Bij de door vrijgevestigden behandelde cliënten ligt dit percentage iets lager, namelijk op 64,0%. Het niet of nauwelijks bereiken van de gestelde doelen komt relatief minder vaak voor (4,4 en 2,5% bij instellingen; 4,0 en 4,0% bij vrijgevestigden).

Tabel 5.17: Bereiken behandeldoelen

	Instellingen (n=434)	Vrijgevestigden (n=75)	Totaal (n=548)
	%	%	%
Geheel bereikt	59,7	41,3	56,6
Bijna geheel bereikt	18,0	22,7	19,0
Ten dele bereikt	15,0	28,0	16,8
Nauwelijks bereikt	2,5	4,0	2,9
Niet bereikt	4,4	4,0	4,4
Onbekend	,5	-	,4

De gestelde behandeldoelen worden bij verreweg de meeste behandelingen geheel of bijna geheel bereikt. In die gevallen waarin de behandeldoelen niet, nauwelijks of ten dele werden bereikt was bij de vrijgevestigden (n=27) in 55,5% de beperking van maximaal 10 uur behandelen hiervan de oorzaak; bij cliënten van instellingen (n=95) was dit in

8,4% de oorzaak. In 21,1 en 7,4% van de gevallen bij respectievelijk instellingen en vrijgevestigden is als reden het staken van de behandeling door de cliënt zelf aangegeven.²⁴ In de overige gevallen was verhuizing of opname van de cliënt of een niet nader gespecificeerde reden oorzaak van het niet behalen van de behandeldoelen.

²⁴ Bij 4% van het totaal aantal cliënten met een afgeronde behandeling is de ontoereikende vergoeding een reden geweest de behandeling te staken.

6 Ervaringen van zorgverzekeraars

In dit hoofdstuk staat het contracteerbeleid van zorgverzekeraars centraal. Met behulp van schriftelijke vragenlijsten en telefonische interviews met inkoopmanagers van EEE bij tien zorgverzekeraars zijn gegevens verzameld over het contracteerbeleid, de mogelijke knelpunten bij het inkopen en contracteren van EEE, de omvang en de inhoud van de gecontracteerde zorg aan EEE en de wijze waarop zorgverzekeraars hun verzekerden op de hoogte hebben gebracht van de mogelijkheid van EEE. Bij de tien deelnemende zorgverzekeraars zijn ongeveer 4,8 miljoen ziekenfondsverzekerden verzekerd (dit is 47% van de in totaal ongeveer 10,3 miljoen ziekenfondsverzekerden). De tien zorgverzekeraars zijn onder te verdelen in zes grote zorgverzekeraars (meer dan 395.000 ziekenfondsverzekerden) en vier kleine tot middelgrote zorgverzekeraars (minder dan 395.000 ziekenfondsverzekerden).

In dit hoofdstuk zal allereerst een algemene beschrijving worden gegeven van de wijze waarop zorgverzekeraars contracten afsluiten met vrijgevestigde ergotherapeuten en instellingen die EEE verlenen. Vervolgens worden de resultaten van de schriftelijke vragenlijsten en telefonische interviews beschreven.

6.1 Achtergrond

Voor het verstrekken van EEE in het kader van de Ziekenfondswet sluiten zorgverzekeraars contracten of overeenkomsten af met vrijgevestigde ergotherapeuten en/of instellingen die EEE verlenen. Uitgangspunt van deze contracten vormt de Uitkomst van Overleg (UvO) tussen Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Deze UvO geldt als vaste/verplichte basis voor de individueel te sluiten overeenkomsten. De contracten bestaan uit een persoons- of instellingsgebonden deel en een algemeen deel. In het persoons- of instellingsgebonden deel staan de gegevens van de zorgverzekeraar en de ergotherapeut of instelling, de duur van de overeenkomst en de verwijzingen naar het algemene deel en eventuele bijlagen. Tevens vindt de ondertekening door beide partijen op dit deel plaats. In het algemene deel staan de inhoudelijke aspecten van het contract vermeld. Hierin staan 14 artikelen waaraan de ergotherapeut of instelling en de zorgverzekeraar zich dienen te houden. Tevens bevat dit deel twee bijlagen; bijlage 1 betreft de inrichtingseisen, in bijlage 2 (addendum) staan de voorwaarden met betrekking tot werknemers en dienen de namen van werknemers ingevuld te worden. Hiernaast kunnen zorgverzekeraars nog eigen bepalingen toevoegen aan de overeenkomst.

Zorgverzekeraars kunnen contracten met volume-afspraken afsluiten of zij kunnen het volume vrij laten.²⁵ Als er contracten worden afgesloten met volume-afspraken, staat er vermeld hoeveel tijd de ergotherapeuten maximaal aan EEE mogen besteden; bij contracten zonder volume-afspraken is er geen maximum.

²⁵ Volume-afspraken kunnen gebruikt worden als mechanisme om kosten te beheersen.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het informeren van verzekerden over de mogelijkheden van extramurale ergotherapie (CVZ, 2000). Bovendien dient de zorgverzekeraar de zorg zodanig in te kopen dat deze voor elke verzekerde binnen een redelijke afstand toegankelijk is.

Het tarief voor ergotherapeuten die vanuit instellingen werken is vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Het is vastgesteld op 12 euro per kwartier contacttijd en - bij behandeling aan huis - op 20 euro reistoeslag per cliënt per dag. Het tarief voor vrijgevestigde ergotherapeuten is vrij en wordt vastgelegd in het contract tussen ergotherapeut en zorgverzekeraar.

6.2 Contracteerbeleid

In het kader van de Ziekenfondswet wordt maximaal 10 uur EEE per patiënt vergoed. In de aanvullende verzekering kan eventueel een vergoeding van meer uren worden opgenomen. Van de geïnterviewde zorgverzekeraars is er slechts één die de vergoeding van EEE in de aanvullende verzekering heeft opgenomen. Deze zorgverzekeraar heeft een aanvullende verzekering waarin EEE boven de 10 uur volledig wordt vergoed. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat indien een cliënt aan de tien uur niet genoeg heeft er een aanvraag ingediend kan worden bij de medisch adviseur voor aanvullende financiering. Indien dit verzoek uit coulance wordt gehonoreerd wordt dit vergoed vanuit de aanvullende verzekering; officieel is EEE echter niet opgenomen in de aanvullende verzekering.

Contracten voor EEE worden met name met verpleeghuizen of verzorgingshuizen (10 zorgverzekeraars) en vrijgevestigde ergotherapeuten (8 zorgverzekeraars) afgesloten. Daarnaast worden er contracten voor EEE afgesloten met ziekenhuizen (7 zorgverzekeraars), instellingen voor thuiszorg/kruiswerk (6 zorgverzekeraars) en revalidatiecentra (6 zorgverzekeraars). Eén zorgverzekeraar heeft een contract met een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Er zijn door de zorgverzekeraars geen contracten voor EEE afgesloten met psychiatrische instellingen. Geen van de zorgverzekeraars heeft een voorkeur voor het afsluiten van een contract met een instelling of met een vrijgevestigde ergotherapeut. Over het algemeen zijn er wel meer contracten afgesloten met instellingen dan met vrijgevestigde ergotherapeuten. Dit heeft echter met het aanbod aan EEE te maken; er zijn meer instellingen dan vrijgevestigde ergotherapeuten die EEE verlenen.

Bij de meeste zorgverzekeraars is het (nog) niet voorgekomen dat instellingen of vrijgevestigde ergotherapeuten worden geweigerd voor een contract. Drie zorgverzekeraars gaven aan wel eens instellingen of ergotherapeuten te weigeren. Hiervoor worden verschillende redenen aangegeven. Zo kan het zijn dat de ergotherapeut of instelling niet voldoet aan de voorwaarden met betrekking tot inrichtingseisen en verslaglegging. Ook komt het voor dat er al genoeg gecontracteerde ergotherapeuten in de betreffende regio zijn. Ergotherapeuten en instellingen worden ook weleens geweigerd omdat ze zich buiten de regio bevinden. Ten slotte wordt aangegeven dat er pas een contract wordt

aangeboden als er één of meerdere cliënten zijn. Het is volgens een zorgverzekeraar niet de bedoeling dat ergotherapeuten cliënten gaan werven bij bijvoorbeeld huisartsen. Van de kant van de zorgverzekeraars zijn tot nu toe geen contracten beëindigd.

De meeste zorgverzekeraars hebben een kernregio waar het merendeel van de cliënten woont. Binnen de kernregio's wordt door de meeste zorgverzekeraars een ander contracteerbeleid gevoerd dan daarbuiten. Bij een aantal zorgverzekeraars dienen ergotherapeuten en/of instellingen die EEE verlenen binnen de regio een contract aan te vragen, alvorens men een declaratie indient; buiten de regio worden contracten afgesloten, zodra men een declaratie indient bij de zorgverzekeraar. Ook zijn er enkele (kleine tot middelgrote) zorgverzekeraars die buiten de regio geen contracten afsluiten. Als ergotherapeuten/instellingen een contract hebben met de zorgverzekeraar in de betreffende regio, worden declaraties vergoed, waarbij het contract van de regionale zorgverzekeraar wordt gevolgd.

Met name de grote zorgverzekeraars sluiten contracten af met volume-afspraken. Sommige zorgverzekeraars hebben binnen de regio wel contracten met volume-afspraken en buiten de regio niet. Daarnaast zijn er zorgverzekeraars die zowel binnen als buiten de regio volume-afspraken maken. Bij een aantal hiervan worden binnen de regio specifieke volume-afspraken gemaakt en krijgen contractanten buiten de regio allen eenzelfde volume toegekend. Ook komt het voor dat zowel binnen als buiten de regio contracten met eenzelfde volume worden afgesproken. Enkele zorgverzekeraars merken op buiten de regio soepel om te gaan met de volume-afspraken; ze kunnen makkelijk worden opgehoogd.

Ten slotte is er een aantal zorgverzekeraars die altijd contracten zonder volume-afspraken hanteren; dit zijn met name kleine en middelgrote zorgverzekeraars.

In totaal zijn er zes zorgverzekeraars die (binnen de kernregio) contracten met volume-afspraken hanteren. Het volume wordt veelal bepaald op basis van de zorgvraag en de voorgaande jaren. Met nieuwe contractanten wordt op basis van de behoefte in de regio of op basis van een gesprek met de ergotherapeut/instelling een volume vastgesteld. Hierbij wordt soms rekening gehouden met de cliëntenpopulatie of de specialisatie van de ergotherapeut.

Indien overschrijding van het volume dreigt, dient volumeophoging te worden aangevraagd. De meeste zorgverzekeraars beoordelen de situatie van de ergotherapeut en/of instelling en als er goede redenen zijn voor de overschrijding van het volume, wordt ophoging toegekend. Een reden voor ophoging kan bijvoorbeeld zijn dat er meer verzekerden in de regio van de ergotherapeut of instelling zijn gekomen, waardoor de vraag naar EEE is toegenomen.

Zes zorgverzekeraars geven aan ook nog andere methoden te hanteren om de kosten te beheersen; het gaat hierbij zowel om grote als kleine tot middelgrote zorgverzekeraars. Hierbij wordt veelal aangegeven spiegelinformatie aan de contractanten te verstrekken. Deze spiegelinformatie bevat gegevens over bijvoorbeeld behandelgemiddelden. Op deze manier krijgen contractanten inzicht in hun eigen functioneren. Hierbij wordt echter opgemerkt dat deze spiegelinformatie nog verder ontwikkeld moet worden. Daarnaast wordt

aangegeven dat men de kosten beheerst door middel van kwaliteitstoetsing en door EEE niet op te nemen in de aanvullende verzekering.

Hoewel het tarief voor vrijgevestigde ergotherapeuten vrij is, wordt vrijwel altijd hetzelfde tarief gehanteerd als dat voor ergotherapeuten die in instellingen werken. Eén zorgverzekeraar geeft aan voor ergotherapeuten die gespecialiseerd zijn in de behandeling van kinderen een hoger tarief te hanteren, omdat de hoeveelheid indirecte tijd die aan kinderen wordt besteed veel groter is dan aan andere cliëntcategorieën door bijvoorbeeld instructie aan ouders en leerkrachten.

Er wordt nauwelijks onderhandeld over de tarieven. Een aantal zorgverzekeraars geeft echter aan dit in de toekomst wel te willen gaan doen. Het tarief kan daarbij afhankelijk zijn van bijvoorbeeld kwaliteitseisen.

6.3 Inhoud van de contracten

Door de zorgverzekeraars wordt veelal met standaardcontracten gewerkt. Deze contracten zijn gebaseerd op de Uitkomst van Overleg (UvO) tussen Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Een aantal zorgverzekeraars maakt binnen de regio gebruik van andere contracten dan buiten de regio. Binnen de regio wordt soms een eigen bijlage van de zorgverzekeraar opgenomen, waarin aanvullende eisen staan vermeld. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een minimum aantal behandelingen per jaar of een beperking van het aantal huisbezoeken. Eén zorgverzekeraar geeft aan binnen de regio geen standaardcontracten af te sluiten; afhankelijk van de situatie waarin EEE verleend wordt, worden andere contracten opgesteld. Een andere zorgverzekeraar sluit totaalcontracten af met instellingen binnen de regio, waarin de zorgverlening vanuit de AWBZ en de Ziekenfondswet is opgenomen. Weer een andere zorgverzekeraar geeft aan geen aparte contracten voor EEE af te sluiten met ziekenhuizen en revalidatiecentra. Hierbij wordt aangegeven dat het vanaf 2001 niet nodig is geweest om met revalidatiecentra en ziekenhuizen aparte contracten af te sluiten en is EEE vanuit de revalidatiecentra en ziekenhuizen via de reguliere budgetformulieren geregeld.

Vier grote zorgverzekeraars en één kleinere zorgverzekeraar hebben in de contracten afspraken staan over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE. Het gaat hierbij met name over de naleving van de regels voor verslaglegging, de naleving van standaarden en/of richtlijnen, deskundigheidsbevordering en inschrijving in het basisregister (kwaliteitsregister). Afspraken die minder vaak worden genoemd betreffen het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag, deelname aan intercollegiale toetsing en/of visitatie en deelname aan regionaal overleg.

Enkele verzekeraars willen in de toekomst middels praktijkbezoeken gaan controleren of men zich aan de kwaliteitsafspraken houdt.

Een zorgverzekeraar stelt naast het kwaliteitsbeleid van de NVE nog eisen met betrekking tot de inrichting en de openingstijden; het is wenselijk dat ergotherapeuten ook een keer in de week 's avonds praktijk voeren en dat de praktijk goed toegankelijk is voor rolstoelgebruikers en minder validen.

6.4 Knelpunten

De meeste zorgverzekeraars hebben geen klachten van (mogelijke) cliënten van EEE ontvangen. Twee (grote) zorgverzekeraars hebben aangegeven dat sommige cliënten van EEE de vergoeding van 10 uur te beperkt vinden. Dit geldt volgens één zorgverzekeraar met name voor zorgintensieve patiënten: patiënten die uit de revalidatie in de thuiszorg terecht komen. Het wordt een terechte klacht gevonden. Volgens de andere zorgverzekeraar geldt dit probleem met name voor cliënten van kinderergotherapie. Als men een persoonsgebondenbudget heeft, bestaat er de mogelijkheid om deze te gebruiken als aanvulling op de vergoede 10 uur EEE.

Er zijn geen klachten van cliënten ontvangen over de beschikbaarheid van EEE en de afbakening met de WVG-advisering.

Vier (grote) zorgverzekeraars ontvangen wel eens klachten van ergotherapeuten of instellingen die EEE verlenen. De meest gehoorde klacht is dat men de vergoeding van 10 uur te beperkt vindt voor bepaalde patiëntengroepen, zoals mensen met ALS en kinderen. Hier wordt door de zorgverzekeraars verschillend mee omgegaan. Sommige zorgverzekeraars vergoeden boven de 10 uur, wanneer behandeling van meer dan 10 uur door de medisch adviseur noodzakelijk wordt geacht. Het komt echter ook voor, dat conform de Ziekenfondswet, niet boven de tien uur wordt vergoed. Volgens een zorgverzekeraar dient de NVE aan het Ministerie van VWS duidelijk te maken in welke gevallen de vergoeding van 10 uur onvoldoende is. Daarnaast zijn er veel klachten over het tarief. Het tarief voor een verrichtingseenheid wordt door sommigen te laag gevonden. Ook wordt wel gezegd dat met de tarieven de kosten voor overhead (materialen, computer, inrichting, etc.) onvoldoende gedekt worden. Tevens wordt geklaagd dat met de verhouding contacttijd/overige tijd van 3:1 de overige tijd onvoldoende vergoed wordt. Ergotherapeuten die in landelijke gebieden werken, moeten soms heel lang reizen om een patiënt te bezoeken; deze ergotherapeuten krijgen hiervoor geen extra vergoeding. Ook vinden sommige ergotherapeuten/instellingen het toegekende volume te laag. Een andere klacht is dat ergotherapeuten/instellingen een contract willen, terwijl ze daar niet voor in aanmerking komen, bijvoorbeeld omdat ze geen cliënten hebben. Tevens wordt aangegeven dat instellingen het addendum voor medewerkers in loondienst niet willen invullen; instellingen zijn dit vaak niet gewend. Ook is het in de startfase wel eens voorgekomen dat de vergoedingen voor de declaraties te laat werden uitgekeerd. Dit probleem is inmiddels opgelost.

De zorgverzekeraars hebben geen klachten van ergotherapeuten/instellingen ontvangen dat ze wachtlijsten hebben. Ook zijn er geen klachten geweest over de aparte voorwaarden die de zorgverzekeraar stelt.

Twee grote en drie kleine tot middelgrote zorgverzekeraars ervaren knelpunten bij het inkopen en contracteren van EEE. Sommige zorgverzekeraars vinden dat ze te weinig vrijgevestigde ergotherapeuten hebben kunnen contracteren. In bepaalde gebieden zijn te weinig vrijgevestigde ergotherapeuten; daar wordt EEE vooral vanuit instellingen verleend. Andere zorgverzekeraars vinden het echter geen probleem dat er nauwelijks vrijgevestigde ergotherapeuten zijn.

Een ander knelpunt betreft de afbakening van EEE met de WVG-regeling en advisering hulpmiddelen. Er bestaat onduidelijkheid of de advisering van hulpmiddelen in het kader van de regeling hulpmiddelen met het budget van EEE bekostigd kan worden. Ook wordt het als knelpunt ervaren dat EEE een kleine verstrekking is, waardoor het moeilijk is om voor een goede spreiding te zorgen. Het wordt bovendien als knelpunt ervaren dat EEE nog weinig historie heeft; daarom is het moeilijk om een totaalbeeld en de behoefte aan EEE te bepalen. Bij sommige instellingen is er onduidelijkheid over de wijze van contracteren en budgetafspraken; instellingen zijn niet gewend om voor een verstrekking apart te contracteren. Daarnaast wordt als knelpunt genoemd dat ergotherapeuten denken dat zij bij de behandeling van een verre verzekerde geen contract hoeven af te sluiten. Ook wordt aangegeven dat sommige instellingen bepaalde doelgroepen van zorg uitsluiten omdat zij daarvoor te weinig know-how en specialistische kennis hebben; dit betreft met name de gehandicaptenzorg. Instellingen die wel de vereiste kennis hebben beschikken niet altijd over voldoende capaciteit om EEE te leveren. Ten slotte wordt aangegeven dat er de indruk bestaat dat er weinig overeenstemming is tussen ergotherapeuten over de frequentie en de hoeveelheid zorg die een bepaalde patiënt nodig heeft.

6.5 Gecontracteerde en vergoede zorg

Op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar en de gecontracteerde zorg aan EEE in 2001 en 2002 kan een schatting worden gemaakt van de gecontracteerde zorg per ziekenfondsverzekerde. Dit is echter geen nauwkeurige schatting omdat bij een aantal zorgverzekeraars alleen binnen de regio volume-afspraken gemaakt worden. Bovendien komt het voor dat zorgverzekeraars alle gecontracteerde ergotherapeuten en instellingen die EEE verlenen een standaard aantal behandelkwartieren toekennen; hierbij is de gecontracteerde zorg niet op de behoefte afgestemd. Ook heeft een aantal zorgverzekeraars geen volume-afspraken of was het aantal gecontracteerde behandel-eenheden onbekend. Tevens zijn er twee verzekeraars die afspraken maken over het budget dat aan EEE besteed mag worden, in plaats van het aantal verrichtingseenheden EEE; daarmee worden zowel de verrichtingseenheden als de huisbezoeken gefinancierd. Op basis van gegevens van drie zorgverzekeraars, waarbij ongeveer 1,4 miljoen ziekenfondsverzekerden zijn verzekerd is de gecontracteerde zorg aan EEE voor 2001 en 2002 berekend. De gecontracteerde zorg per ziekenfondsverzekerde in 2001 verschilt van 0,024 tot 0,071 behandelkwartieren EEE en ligt gemiddeld op 0,040. Voor 2002 ligt de gecontracteerde zorg per ziekenfondsverzekerde tussen de 0,023 en 0,079 behandelkwartieren EEE; het gemiddelde is 0,043.

Van zeven zorgverzekeraars waarbij samen ongeveer 3,4 miljoen ziekenfondsverzekerden zijn verzekerd is het aantal verrichtingseenheden dat in 2001 vergoed bekend. Dit aantal ligt tussen de 0,0033 en de 0,029 behandelkwartieren EEE; het gemiddelde ligt op 0,016 behandelkwartieren per ziekenfondsverzekerde. Ook hierbij heeft een aantal zorgverzekeraars alleen de cijfers binnen de regio gegeven, waardoor de cijfers lager uitvallen. Hierdoor kunnen uit deze cijfers geen conclusies worden getrokken voor alle ziekenfondsverzekerden in Nederland.

Het merendeel van de ondervraagde zorgverzekeraars heeft voldoende EEE kunnen contracteren. Een enkele zorgverzekeraar heeft niet voldoende EEE kunnen contracteren.

Daarbij gaat het met name om een tekort aan vrijgevestigde ergotherapeuten; er is wel voldoende EEE gecontracteerd vanuit instellingen. Volgens deze zorgverzekeraar dient EEE een laagdrempelige eerstelijnsvoorziening te zijn; als EEE vanuit instellingen wordt verleend wordt de drempel te hoog gevonden.

De behoefte aan EEE wordt veelal bepaald op basis van de voorgaande jaren en de zorgvraag van het huidige jaar. Daarbij wordt eventueel rekening gehouden met een toename van het aantal cliënten in de (sub) regio. Enkele zorgverzekeraars geven aan uit te gaan van een gemiddeld aantal behandel eenheden per verzekerde.

6.6 Informatieverstrekking

Aan de geselecteerde zorgverzekeraars is gevraagd of zij hun verzekerden informeren over de mogelijkheden van EEE, en zo ja, op welke wijze? Alle zorgverzekeraars geven aan hun verzekerden hierover te informeren. Sommige zorgverzekeraars zijn hier actiever in geweest dan andere. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan de verzekerden via de polisvoorwaarden te informeren over EEE. Voor aanvullende informatie kunnen verzekerden terecht bij de informatielijn van de verzekeraar. Ook is er bij sommige zorgverzekeraars foldermateriaal beschikbaar. Enkele zorgverzekeraars hebben een artikel over de mogelijkheden van EEE gepubliceerd in het nieuwsblad voor verzekerden. Ten slotte is er een aantal zorgverzekeraars die de verzekerden niet apart hebben benaderd, maar de huisartsen op de hoogte gesteld van de mogelijkheden van EEE. Huisartsen kunnen op die manier gericht verwijzen.

7 Samenvatting en discussie

De extramurale ergotherapie heeft zich vanaf de negentiger jaren ook als enkelvoudige verstrekking ontwikkeld. Daarvoor lag de nadruk op ergotherapie als vorm van behandeling geïntegreerd in andere verstrekkingen van zorg. Per 1 juli 1996 is de subsidieregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE) van kracht geworden waarbij f12 miljoen op jaarbasis beschikbaar werd gesteld. Omdat het volledige subsidiebedrag niet werd uitgeput is dit bedrag in 2000 verlaagd tot f8 miljoen. In 2000 is 5/8 deel van het beschikbare bedrag uitgekeerd, een bedrag vergelijkbaar met dat over de periode 1998-1999. Met ingang van 1 januari 2001 is EEE opgenomen in de ziekenfondsverzekering.

In 1999 is de subsidieregeling geëvalueerd. Over de periode sinds 2001 dat EEE als verstrekking in het ziekenfondspakket is opgenomen zijn echter geen gegevens bekend. Zo is niet duidelijk of er door de betrokkenen - ergotherapeuten en zorgverzekeraars - knelpunten ervaren worden in de uitvoering van de regeling. Ook is niet duidelijk of EEE inderdaad voor alle verzekerden in Nederland toegankelijk is en is er onvoldoende inzicht in de huidige omvang en inhoud van EEE. Voor de vormgeving van toekomstig beleid ten aanzien van EEE is inzicht in de huidige stand van zaken onontbeerlijk. In dit rapport is daarom verslag gedaan van een inventarisatie van de ervaringen van ergotherapeuten en zorgverzekeraars met EEE. Achtereenvolgens zullen de resultaten met betrekking tot het aanbod aan EEE, de ervaringen met EEE en de inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces samengevat en bediscussieerd worden.

7.1 Aanbod van EEE

Het doel van dit onderzoek was om de volgende vraagstellingen te beantwoorden:

- Wat is het aanbod van EEE verstreckende ergotherapeuten in Nederland?
- Wat is de verhouding tussen het aantal vrijgevestigde ergotherapeuten en ergotherapeuten die vanuit instellingen EEE verlenen?
- Wat is de geografische spreiding van EEE verstreckende ergotherapeuten over Nederland?
- Hoe is de ontwikkeling sinds 1996 in het aanbod van EEE verstreckende ergotherapeuten?

7.1.1 *Aanbod van EEE en verhouding vrijgevestigden en ergotherapeuten in loondienst*

Uit de gegevens van de ergotherapeutenregistratie die door het NIVEL in opdracht van de NVE wordt uitgevoerd is gebleken dat op 1 januari 2002 in Nederland 744 ergotherapeuten geregistreerd waren die EEE verstrekken. Daarvan zijn 683 ergotherapeuten in loondienst (in een instelling of in een vrijgevestigde praktijk), 37 hebben een eigen praktijk en 24 ergotherapeuten zijn zowel in loondienst als werkzaam in een eigen praktijk.

Gemiddeld werken ergotherapeuten 0.75 fte, het verschil tussen vrijgevestigden en ergotherapeuten in loondienst is gering. Het gemiddelde aantal fte is hetzelfde als het gemiddelde van alle geregistreerde ergotherapeuten in 2000 (Hingstman, 2001). Het gemiddelde van de vrijgevestigde ergotherapeuten is echter sterk gestegen van 0.35 fte in 2000 tot 0.80 fte in 2002.

Uit de registratiegegevens blijkt dat 61 vrijgevestigde ergotherapeuten EEE verstrekken. In de evaluatie van de subsidieregeling door SWOKA werd vastgesteld dat er ongeveer 41 vrijgevestigde ergotherapeuten waren waarvan er 18 EEE verstrekten. Zowel het aantal vrijgevestigde ergotherapeuten is derhalve toegenomen, als het aantal vrijgevestigden dat EEE verstrekt.

Gemiddeld besteden de geregistreerde vrijgevestigde ergotherapeuten ongeveer 19 uur per week aan EEE; voor ergotherapeuten die in loondienst zijn is dit 10 uur per week. Ergotherapeuten in loondienst besteden daarmee ongeveer 30% van hun werkweek aan EEE, vrijgevestigden 60%. Opvallend is dat meer dan de helft van de ergotherapeuten in instellingen minder dan 10 uur per week aan EEE besteedt, een meerderheid van deze groep zelfs minder dan 5 uur per week.

7.1.2 Spreiding over Nederland en ontwikkeling sinds 1996

Het aanbod aan EEE per 10.000 inwoners is het hoogst in de noordelijke provincies Friesland, Groningen en Noord-Holland, het laagst in Drenthe. In alle provincies samen wordt 235 fte verstrekt gebaseerd op een werkweek van 38 uur, dit is 1.46 fte per 100.000 inwoners.²⁶

In 1996 was er 159 fte beschikbaar op basis van een werkweek van 40 uur. In 2002 is dit 235 fte uitgaande van een werkweek van 38 uur; omgerekend naar een werkweek van 40 uur zou dit 223 fte zijn. De gegevens van 1996 zijn gecorrigeerd voor de non-respons van het toenmalige onderzoek. Indien de gegevens van 2002 gecorrigeerd worden is de totale omvang 256 fte; dit betekent een stijging met 50 à 60%. In de NIVEL-registratie uit 1998 wordt een aantal van 125 fte genoemd (van der Velden, 1999). Voor deze toenmalige daling is geen verklaring bekend. Om die reden is de stijging ten opzichte van 1996 berekend.

7.2 Ervaringen met EEE

In dit onderzoek zijn zowel de ervaringen van ergotherapeuten met EEE als de ervaringen van zorgverzekeraars onderzocht. De volgende vraagstellingen zijn daarbij beantwoord:

²⁶ Bij de vergoeding van vrijgevestigde ergotherapeuten wordt uitgegaan van een maximale werkweek van 40 uur; gezien het geringe aantal vrijgevestigden wordt bij de berekeningen in dit rapport uitgegaan van 38 uur.

Ervaringen ergotherapeuten

- Wat is de inhoud en omvang van contracten die ergotherapeuten afsluiten met zorgverzekeraars?
- Welke knelpunten ervaren ergotherapeuten bij het afsluiten van contracten?
- Bestaat er een wachtlijst voor EEE en zo ja, hoe lang is deze wachtlijst?
- Bij welke cliënten is de maximale toegestane behandelduur van tien uur onvoldoende en waarom?
- Met welke partijen in de zorg wordt ten behoeve van EEE samengewerkt?

Ervaringen zorgverzekeraars

1. Welk contracteerbeleid voeren zorgverzekeraars?
2. Welke knelpunten ervaren verzekeraars bij het inkopen en contracteren van EEE?
3. Wat is de omvang van de gecontracteerde zorg aan EEE?
4. Op welke manier hebben zorgverzekeraars hun verzekerden op de hoogte van de mogelijkheid van EEE gebracht?

7.2.1 Ervaringen ergotherapeuten

Voor het onderhavige onderzoek zijn vrijgevestigden en hoofden ergotherapie in instellingen aangeschreven, instellingen waarvan bekend was dat zij EEE leveren. De respons bedroeg 50% hetgeen voor een dergelijke vorm van onderzoek als redelijk aangemerkt kan worden. Er kan niet nagegaan worden of deze respondenten een representatief beeld geven van alle ergotherapeuten omdat de gegevens op instellingsniveau verzameld zijn.

In instellingen besteden gemiddeld drie ergotherapeuten tijd aan EEE, het aantal cliënten loopt uiteen van 1 tot 340. In vrijgevestigde praktijken besteden één of twee ergotherapeuten tijd aan 6 tot 249 cliënten. Dergelijke uitersten werden niet verwacht: één patiënt per jaar in een instelling is weinig, 249 cliënten per jaar in een vrijgevestigde praktijk (weliswaar door twee ergotherapeuten) is veel.

Contracten

Ten tijde van het onderzoek waren er in Nederland 25 ziekenfondsverzekeraars. Met de meeste hiervan zijn door de ergotherapeuten in dit onderzoek contracten afgesloten voor de verstrekking van EEE, alleen met enkele kleinere zorgverzekeraars zijn geen contracten afgesloten. Meestal hebben ergotherapeuten met meerdere zorgverzekeraars een contract, vrijgevestigden hebben meer contracten dan instellingen. In de helft van de gevallen komt het voor dat zorgverzekeraars geen contract aan willen gaan. De reden daarvoor is meestal dat er pas een contract wordt afgesloten als er één of meer cliënten zijn.

Ongeveer 80% van de ergotherapeuten geeft aan wel eens cliënten te behandelen zonder dat er een contract is met de betreffende verzekeraar. Wettelijk gezien is dit niet mogelijk; desondanks geven de declaraties in deze gevallen doorgaans geen problemen. Bij een derde van de ergotherapeuten ontstaan wel problemen, zoals het niet betaald worden van de declaraties, retourzending zonder nadere uitleg en te late betalingen.

De contracten bevatten bij twee derde van de ergotherapeuten volumeafspraken. Van de ergotherapeuten die het maximum volume overschreden hebben heeft de meerderheid de

behandeling wel vergoed gekregen. Over de aard van de hulp die vergoed wordt bestaan wettelijke afspraken. Desondanks worden bij een derde van ergotherapeuten aanvullende afspraken hierover gemaakt. Afspraken over behandelgemiddelden die bij 16% van de contracten gemaakt worden zijn eveneens opmerkelijk; in de wet is namelijk de maximale behandelduur geregeld, het behandelgemiddelde is vrij.

Ergotherapeuten krijgen een vaste vergoeding per verrichtingseenheid van een kwartier; per cliënt mag maximaal tien uur per jaar gedeclareerd worden. Alleen contacttijd mag gedeclareerd worden. In het tarief is de vergoeding voor overige tijd verwerkt; hierbij wordt uitgegaan van een verhouding contacttijd : overige tijd van 3 : 1.

Negentig procent van alle ergotherapeuten ervaart knelpunten ten aanzien van de vergoedingen. Knelpunten die door meer dan de helft van de ergotherapeuten genoemd worden betreffen de verhouding contacttijd overige tijd, de regeling dat overige tijd niet apart declareerbaar is en het onvoldoende dekkend zijn van de tarieven om de kosten voor overhead te dekken; instellingen en vrijgevestigden ervaren dezelfde knelpunten.

Voor EEE geleverd vanuit instellingen geldt een wettelijk vastgesteld CTG-tarief. Hoewel de tarieven voor vrijgevestigden vrij zijn worden ook voor hen - op enkele uitzonderingen na - deze tarieven gehanteerd.

Wachlijsten

Een kwart van de vrijgevestigden en bijna de helft van de instellingen heeft een wachtlijst voor EEE. In 2000 zijn in het zogeheten Treekoverleg door onder meer vertegenwoordigers van de huisartsen, tandartsen, zorgverzekeraars, GGZ, en het Paramedisch Verband streefnormen voor wachttijden opgesteld voor niet spoedeisende hulp. Voor paramedische hulp is vastgesteld dat de maximale wachttijd één week is, dat wil zeggen dat er maximaal één week tijd mag zijn tussen het maken van een afspraak voor een consult en de dag waarop het consult plaats vindt (Treekoverleg, 2000). Afgesproken is dat deze norm op 1 januari 2003 gehaald zouden moeten zijn. Zestig procent van de ergotherapeuten haalt deze norm; de norm wordt door 26% van de vrijgevestigden en 41% van de instellingen niet gehaald. Bij instellingen zijn wachtlijsten voor gemiddeld 10 cliënten, de gemiddelde wachttijd is 4 weken; op de wachtlijst bij vrijgevestigden staan minder cliënten (ongeveer 8), maar de wachttijd is langer, namelijk 7 weken.

In de evaluatie door SWOKA wordt vermeld dat het merendeel van de instellingen geen wachtlijst heeft; er worden geen concrete gegevens vermeld over de omvang van de wachtlijsten (CVZ, 1999). Op basis van registratieformulieren die in dit SWOKA onderzoek zijn ingevuld werd vastgesteld dat 58% van de cliënten binnen twee weken na de aanmelding bij de instelling het eerste contact heeft met de ergotherapeut en 72% binnen drie weken. In het huidige onderzoek is informatie beschikbaar over de tijdsduur tussen verwijsdatum en eerste contact. In de helft van de gevallen vindt het eerste contact plaats binnen twee weken, bij 63% binnen drie weken. Op het eerste gezicht lijkt de situatie dan ook verergerd. Conclusies kunnen echter niet worden getrokken omdat niet bekend is of

de datum van de verwijzing overeenstemt met de datum van aanmelding bij de behandelende instelling.²⁷

Als belangrijkste oorzaak voor de wachtlijsten wordt een fluctuerende toestroom van cliënten genoemd. Toename van het aantal cliënten en een te beperkte formatie worden eveneens genoemd; een te beperkt volume speelt nauwelijks een rol. De wachtlijsten worden vooral aangepakt door het uitbreiden van de formatie; met name instellingen waar doorgaans meerdere ergotherapeuten werkzaam zijn geven aan bijvoorbeeld tijdelijk meer formatie in te kunnen zetten voor EEE.

In 1999 was het inzetten van extra formatie nog geen optie bij het wegwerken van wachtlijsten; hier lijkt zich derhalve een verandering van aanpak te hebben voorgedaan (CVZ, 1999).

Omvang van de behandeling

In de schriftelijke vragenlijsten is gevraagd naar de mening van ergotherapeuten over de maximaal declareerbare tijd van tien uur en voor welke cliënten tien uur niet voldoende is.

Drie kwart van de ergotherapeuten is van mening dat 10 uur niet in alle gevallen voldoende is; vrijgevestigden geven aan dat dit met name het geval is bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen en cliënten met meervoudige problemen; in instellingen gaat het vooral om patiënten met een progressief ziektebeeld, CVA-patiënten en patiënten met meervoudige problemen. Deze gegevens worden ondersteund door de resultaten van het registratieonderzoek (hoofdstuk 5). Voor respectievelijk 25% en 4% van de cliënten van vrijgevestigden en instellingen is 10 uur niet voldoende; bij vrijgevestigden betreft het in bijna 60% van de gevallen kinderen met ontwikkelingsstoornissen, in instellingen gaat het in een derde van de gevallen om cliënten met aandoeningen van het bot-spierstelsel en bindweefsel.

Indien 10 uur niet voldoende is wordt door vrijgevestigden de behandeling ofwel gestopt ofwel de behandeling gaat door in een volgend jaar (als er opnieuw 10 uur gedeclareerd mag worden) of de cliënt betaalt zelf. In instellingen wordt vaker per geval naar een oplossing gezocht, opgemerkt moet worden dat dit tijdrovend is en daardoor een optie die voor vrijgevestigden minder in aanmerking komt. Ook het overdragen van de cliënt aan de dagbehandeling is alleen een optie in instellingen; deze vorm van behandelen is bovendien veel duurder dan EEE. Het zoeken naar alternatieven is overigens noodzakelijk omdat verzekeraars slechts in enkele gevallen de behandeling vergoeden indien deze de 10 uur overschrijdt.

Hoewel 10 uur in de meeste gevallen voldoende is zou negentig procent van de ergotherapeuten liever een andere regeling zien. Het per cliënt afzonderlijk vaststellen van het maximum en het vaststellen van een hoger maximum voor bepaalde cliëntcategorieën zijn de meest genoemde opties.

²⁷ In 2002 is onderzoek gedaan naar de markt voor extramurale ergotherapie waarbij eveneens het bestaan van wachtlijsten is geïnventariseerd (KPMG, 2002). Twaalf vrijgevestigden en instellingen bleken in sommige gevallen een wachtlijst te hebben variërend in duur tot een maximum van 5 maanden, exacte aantallen worden niet genoemd.

Ergotherapeuten kunnen alleen direct cliëntgebonden tijd ofwel contacttijd declareren. Bij de vergoeding wordt rekening gehouden dat per behandeling een kwart van de totale tijd bestaat uit zogenaamd 'overige tijd', zoals tijd voor verslaglegging, overleg met leveranciers en dergelijke. Slechts een klein aantal ergotherapeuten is van mening dat de verhouding 3:1 voldoet. Meer gewenste alternatieven zijn het apart declareren van de overige tijd, meer werkzaamheden als contacttijd declareren of een combinatie van alternatieven. Uit de evaluatie door SWOKA bleek dat een verhouding van 70:30 meer overeenkomt met de werkelijkheid. In dit onderzoek is eveneens berekend wat in de praktijk de verhouding tussen contacttijd en overige tijd is, namelijk 71:29. De conclusie van SWOKA wordt - ruim drie jaar later - nog steeds door praktijkgegevens gesteund.

Samenwerking

Vrijgevestigde ergotherapeuten waren aanvankelijk uitgesloten van de subsidieregeling. Een reden hiervoor was dat door de subsidieregeling pas afgestudeerde ergotherapeuten en herintreders gestimuleerd zouden kunnen worden om een eigen praktijk uit te oefenen. In een dergelijke situatie zou geen zicht bestaan op de kwaliteit van zorg. In instellingen hebben ergotherapeuten meer contacten met andere ergotherapeuten en met andere disciplines. Hierdoor kan enerzijds de ontwikkeling en verdieping van expertise gestimuleerd worden; anderzijds is het contact met initiatiefnemers en verwijzers van EEE doorgaans intensiever (CVZ, 1999).

Uit het huidige onderzoek blijkt dat zowel ergotherapeuten in instellingen als vrijgevestigden met een groot aantal andere disciplines samenwerken. Deze samenwerking weerspiegelt vooral de setting waarin men werkt: vrijgevestigden werken meer samen met andere eerstelijns vrijgevestigden zoals fysiotherapeuten en logopedisten, ergotherapeuten in instellingen werken meer samen met verpleeghuisartsen. Ook de samenstelling van de cliëntpopulatie is van invloed op de samenwerking: vrijgevestigden werken meer samen met kinderartsen, instellingen meer met thuiszorg, WVG-consulenten en RIO-indicatieadviseurs. Geconcludeerd mag worden dat de reden die voorheen werd gehanteerd om vrijgevestigden uit te sluiten van de subsidieregeling niet (meer) door de realiteit wordt gesteund.

Veel cliënten die EEE ontvangen maken eveneens gebruik van voorzieningen die vergoed worden door de WVG. Uit de evaluatie van de subsidieregeling door SWOKA bleek dat er afbakeningsproblematiek bestond tussen EEE en de WVG (CVZ, 1999). In de wettekst is daarom een passage opgenomen waarin bepaald wordt dat training van WVG-hulpmiddelen, na levering van het hulpmiddel, ten laste mag komen van EEE, mits de gemeente de training niet vergoedt. In dit onderzoek is nagegaan of er ondanks de nieuwe regeling nog steeds sprake is van problemen met betrekking tot de afbakening van EEE en WVG. Een kwart van de ergotherapeuten geeft aan - nog steeds - problemen te hebben met de afbakening. Niet duidelijk is op welke regeling een beroep moet worden gedaan voor de vergoeding van activiteiten. De helft van deze ergotherapeuten heeft geen afspraken gemaakt met de gemeente; zestien procent heeft de afspraak dat WVG-trainingen soms of niet worden vergoed. Tevens blijkt dat een aantal zorgverzekeraars weigert WVG-trainingen te vergoeden. Sommige ergotherapeuten zitten daardoor tussen twee vuren: een dergelijke situatie is uiteindelijk niet bevorderlijk voor de zorgverlening.

7.2.2 *Ervaringen zorgverzekeraars*

Contracteerbeleid

Met behulp van schriftelijke vragenlijsten en telefonische interviews met tien inkoopmanagers EEE bij zorgverzekeraars is een beschrijving gegeven van het contracteerbeleid, de mogelijke knelpunten hierbij en de omvang en inhoud van de gecontracteerde zorg aan EEE. Uit de resultaten komt naar voren dat er meer contracten met instellingen die EEE verlenen worden afgesloten dan met vrijgevestigde ergotherapeuten. Er zijn zelfs twee zorgverzekeraars die helemaal geen contracten met vrijgevestigde ergotherapeuten hebben afgesloten. Binnen de regio van de zorgverzekeraar wordt vaak een stringenter contracteerbeleid gevoerd dan buiten de regio. Enkele zorgverzekeraars sluiten buiten de regio zelfs geen contracten af. Buiten de regio worden minder vaak volume-afspraken gemaakt en, als er wel volume-afspraken zijn, wordt soepeler omgegaan met de ophoging van het volume als dat nodig is.

Gebleken is dat met name grote zorgverzekeraars contracten met volume-afspraken maken. Het volume wordt vooral bepaald op basis van de zorgvraag en de voorgaande jaren. Door een aantal zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van spiegelinformatie met behandelgemiddelden om de kosten te beheersen. Door de relatief jonge verstrekking moet dit echter nog verder ontwikkeld worden.

De meeste zorgverzekeraars maken gebruik van standaardcontracten, gebaseerd op de UvO. Daar wordt door sommige zorgverzekeraars een eigen bijlage bijgevoegd. Met name de grote zorgverzekeraars hebben in de contracten afspraken staan over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE. Door enkele zorgverzekeraars zal in de toekomst gecontroleerd worden of men zich aan dit kwaliteitsbeleid houdt.

Met betrekking tot de tarieven blijkt dat voor vrijgevestigde ergotherapeuten vrijwel altijd hetzelfde tarief gehanteerd wordt als voor ergotherapeuten die vanuit een instelling werken.

Knelpunten

Het meest genoemde knelpunt dat gemeld wordt bij de zorgverzekeraars door cliënten van EEE en door ergotherapeuten die EEE verlenen is dat de vergoeding van maximaal tien uur EEE niet voldoende is. Cliëntgroepen waar dit onder andere voor geldt zijn kinderen (ontwikkelingsstoornissen), patiënten met ALS en zorgintensieve patiënten (bijvoorbeeld bij de overgang van revalidatie naar thuiszorg). Ook ontvangen zorgverzekeraars klachten van ergotherapeuten met betrekking tot het tarief; men vindt het tarief te laag, met de tarieven worden de kosten voor overhead onvoldoende gedekt en met de verhouding contacttijd: overige tijd van 3:1 wordt de overige tijd onvoldoende vergoed. De helft van de zorgverzekeraars ervaart zelf knelpunten bij het inkopen en contracteren van EEE. Sommige zorgverzekeraars vinden dat er te weinig vrijgevestigde ergotherapeuten zijn om te contracteren. Een ander knelpunt betreft de afbakening van EEE met de WVG-regeling en de advisering hulpmiddelen. Daarnaast zijn er knelpunten die te maken hebben met het feit dat EEE een relatief nieuwe en kleine verstrekking is, waardoor het moeilijk is om de behoefte aan EEE te bepalen en voor een goede spreiding te zorgen.

Omvang van de gecontracteerde zorg

De gecontracteerde zorg aan EEE in 2001 ligt gemiddeld op 0,040 verrichtingseenheden; het gemiddelde aantal verrichtingseenheden wat vergoed is 0,016. Kennelijk wordt er veel ruimer gecontracteerd dan er vergoed wordt. Dit is mede te verklaren doordat een aantal zorgverzekeraars contracten afsluiten waarbij alle contractanten eenzelfde volume krijgen toegekend; daarbij is de gecontracteerde zorg niet op de behoefte afgestemd. De berekening van de hoeveelheid gecontracteerde zorg is gebaseerd op de gegevens van drie zorgverzekeraars die met volume-afspraken werken en die de gewenste gegevens beschikbaar konden stellen. De hoeveelheid gecontracteerde zorg is dus een schatting.

Bekend maken mogelijkheden EEE

Alle geïnterviewde zorgverzekeraars hebben aangegeven verzekerden te informeren over de mogelijkheden van EEE. Een aantal zorgverzekeraars doet dit via de polisvoorwaarden, andere zorgverzekeraars hebben de verzekerden actiever benaderd door het plaatsen van een artikel in het nieuwsblad voor de verzekerden. Ook is er bij enkele zorgverzekeraars foldermateriaal beschikbaar. Ten slotte heeft een aantal verzekeraars de huisartsen hierover geïnformeerd zodat zij gericht kunnen verwijzen.

7.3 Inhoud en omvang van het ergotherapeutisch zorgproces in het kader van EEE

Met behulp van registratieformulieren zijn gegevens verzameld over kenmerken van cliënten en over de zorgverlening aan cliënten. Er zijn gegevens verzameld over cliënten waarvan de behandeling ten tijde van het onderzoek was afgerond (n=548) en gegevens over cliënten waarvan de behandeling nog gaande was (n=1204). Voor vragen over de samenstelling van de cliëntpopulatie en de verwijzing zijn alle registratieformulieren gebruikt. De gegevens over de afgeronde behandelingen zijn met name van belang om de totale omvang en de duur van de behandeling vast te stellen. Met behulp van de gegevens over de lopende behandelingen konden met name vraagstukken met betrekking tot het zorgproces beantwoord worden.

De volgende vraagstellingen stonden centraal:

1. Welke cliënten maken gebruik van EEE; is er een verschil in cliëntcategorieën tussen ergotherapeuten die vanuit een instelling werken en vrijgevestigde ergotherapeuten?
2. Wie zijn de initiatiefnemers/verwijzers van EEE en wat is de reden van verwijzing?
3. Wat is de inhoud van de ergotherapeutische zorg verstrekt in het kader van EEE?
4. Hoe verhoudt zich de direct en indirect cliëntgebonden tijd benodigd voor de behandeling bij ergotherapeuten die vanuit instellingen werken en vrijgevestigde ergotherapeuten?
5. Wat is omvang en duur van de EEE?

7.3.1 Cliëntcategorieën en verwijzing

De samenstelling van het cliëntenaanbod verschilt tussen instellingen en vrijgevestigden. In instellingen is 70% van de cliënten vrouw, bij vrijgevestigden is er nauwelijks verschil in aanbod van mannen en vrouwen. Anderzijds bestaat de cliëntenpopulatie van vrijgevestigden voor 55% uit kinderen van vijftien jaar of jonger, in instellingen is slechts 5% van de cliënten jonger dan 15 jaar.

Het verschil in leeftijd wordt weerspiegeld in de medische diagnoses van cliënten: de grootste groep medische diagnoses van cliënten in instellingen zijn ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel, zoals rugklachten, reuma en artrose, daarnaast komen ook ziekten van het zenuwstelsel (o.a. ALS, Parkinson en MS) en ziekten van het hart en vaatstelsel (o.a. CVA) veel voor. Bij vrijgevestigden gaat het bij een groot aantal patiënten om ontwikkelingsstoornissen. Deze categorieën komen overeen met de grootste categorieën uit het SWOKA onderzoek uit 1999.

Ook wat betreft de ergotherapeutische diagnose is er een relatie met de leeftijd; bij cliënten jonger dan 15 jaar grijpt bij 90% van de cliënten de ergotherapeutische diagnose aan op het aspect 'spel/school', bij oudere cliënten grijpt de ergotherapeutische diagnose relatief vaak aan op de aspecten '>persoonlijke verzorging', 'functionele mobiliteit' en 'uitvoering van huishoudelijke activiteiten'.

Zowel bij cliënten die door ergotherapeuten vanuit instellingen behandeld worden als bij cliënten van vrijgevestigden is de huisarts bij 3 op de 10 cliënten de initiatiefnemer tot de behandeling, in de overige gevallen is de initiatiefnemer een medisch specialist waaronder de revalidatie-arts of de cliënt zelf. Overigens zijn de huisarts en de revalidatie-arts ook de belangrijkste verwijzers naar extramurale ergotherapie.

7.3.2 Inhoud van de zorg

Bij de meeste cliënten zijn de behandeldoelen van de ergotherapeutische behandeling gericht op activiteitsniveau, met name op de functionele mobiliteit. Bij cliënten van vrijgevestigden heeft een behandeldoel op functieniveau, namelijk senso-motorische functies prioriteit. Dit weerspiegelt zich ook in de uitgangspunten van de ergotherapeutische behandeling: bij twee derde van de cliënten van vrijgevestigden is het uitgangspunt van de behandeling het ontwikkelen van nieuwe functies en vaardigheden, bij cliënten van ergotherapeuten die vanuit instellingen werken is bij drie kwart van de cliënten het aanpassen van de omgeving met behulp van hulpmiddelen of woningaanpassingen het uitgangspunt van de behandeling.

Ergotherapeuten kiezen één of meerdere interventies om hun behandeldoelen te bereiken. Zowel bij cliënten van ergotherapeuten uit instellingen als bij cliënten van vrijgevestigden wordt de interventie 'advies/instructie aan cliënt' het vaakst gekozen, respectievelijk bij 75 en 64%. In instellingen richt de interventie zich vaker dan bij vrijgevestigden op 'advies/aanvraag hulpmiddelen' en 'trainen en oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen'.

7.3.3 *Verhouding contacttijd overige tijd*

De vergoeding van EEE is gebaseerd op de omvang van de contacttijd tussen ergotherapeuten en hun cliënten. Bij de vaststelling van het neventarief EEE is uitgegaan van een werkdag van 6 uur contacttijd (direct-cliëntgebonden tijd) en 2 uur overige tijd. Deze overige tijd bestaat uit indirect-cliëntgebonden tijd en niet-cliëntgebonden tijd (tijd nodig voor praktijkmanagement, scholing en dergelijke). In dit onderzoek is op cliëntniveau de verhouding tussen contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd berekend. De niet-cliëntgebonden tijd is in dit onderzoek niet gemeten. De 2 uur overige tijd is bij de vaststelling van het tarief niet nader gespecificeerd. Als we uitgaan van een kwartier niet-cliëntgebonden tijd per dag, zou de verhouding tussen contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd 77 en 23% zijn; als we uitgegaan wordt van een half uur niet-cliëntgebonden tijd per werkdag zou de verhouding 80 en 20% zijn.

Uit dit onderzoek blijkt dat de werkelijke verhouding tussen contacttijd en indirect-cliëntgebonden tijd gemiddeld 71 versus 29% bedraagt. Dit betekent dat er gemiddeld bijna 30% van de totale behandelingsduur aan indirect-cliëntgebonden tijd wordt besteed. Als 'advies/aanvraag hulpmiddelen' deel uitmaakt van de interventie is het aandeel indirect-cliëntgebonden tijd groter, de gemiddelde tijd die wordt besteed aan verslaglegging en dergelijke varieert dan -afhankelijk van de overige interventies die uitgevoerd worden- tussen de 33 en 39%. Als trainen hulpmiddelen en/of activiteiten deel uitmaakt van de interventie is de gemiddelde indirect-cliëntgebonden tijd lager dan 23%.

7.3.4 *Omvang en duur EEE*

De omvang van de verstrekking EEE is gemaximeerd tot 10 uur per jaar per cliënt. Dit betekent dat per cliënt per jaar maximaal 10 uur contacttijd besteed kan worden. Uit dit onderzoek blijkt dat de gemiddelde contacttijd per cliënt 5,0 uur bedraagt, variërend van 4,2 uur bij instellingen tot 7,8 uur bij de vrijgevestigden. Het verschil in gemiddelde contacttijd tussen instellingen en vrijgevestigde ergotherapeuten hangt samen met het gegeven dat vrijgevestigde ergotherapeuten relatief vaak kinderen behandelen, de gemiddelde contacttijd is bij kinderen tweemaal zo hoog als bij volwassenen. Bij 88% van de cliënten is de behandeling korter dan 10 uur, bij de overige cliënten is de contacttijd precies 10 uur (6%) of langer (6%). Deze laatste groep bestaat bij ergotherapeuten die vanuit instellingen werken uit cliënten met 'ziekten van het bot/ spierstelsel en bindweefsel' (reuma, artrose), bij vrijgevestigden gaat het met name om cliënten met ontwikkelingsstoornissen. In een aantal gevallen (4% van het totaal aantal cliënten) wordt de behandeling afgebroken voordat de behandeldoelen zijn bereikt omdat de behandeling niet verder vergoed wordt.

7.4 **Discussie**

Verwacht werd dat door de opname van EEE in de Ziekenfondsverzekering het aanbod aan EEE zou stijgen. Gebleken is dat er inderdaad een stijging heeft plaatsgevonden van meer dan 50%. In 1999 is door het NIVEL een studie verricht naar de behoefte aan ergo-

therapeuten in het jaar 2010. In 1998 werd 0.8 fte aan EEE per 100.000 inwoners besteed; de prognose was dat de behoefte in 2010 minimaal 1.1 fte zou zijn. Op basis van de huidige gegevens, 1.46 fte per 100.000 inwoners, kan gesteld worden dat in de behoefte kan worden voorzien.

Eveneens werd verwacht dat de toelating van vrijgevestigden tot zorgverlening op eigen titel tot een toename zou leiden van het aantal vrijgevestigden dat EEE verstrekt. Deze verwachting wordt eveneens bevestigd. Vrijgevestigden zijn bovendien meer gaan werken, dit kan het gevolg zijn van een toename van het aantal uren EEE.

De gegevens die afkomstig zijn uit de registratie (hoofdstuk 3) kunnen vergeleken worden met de gegevens uit de vragenlijsten (hoofdstuk 4). Ergotherapeuten in instellingen en vrijgevestigden verrichten totaal ongeveer 0.50 fte. Dit is opvallend minder dan het aantal fte dat genoemd is in de registratie. Voor dit verschil is in eerste instantie geen verklaring beschikbaar. De registratie beoogt alle werkzame ergotherapeuten te registreren, in dit onderzoek zijn alle bij de NVE bekende instellingen aangeschreven die EEE vertrekken; verondersteld mag worden dat er geen sprake is van een groot verschil in populaties. Tevens zijn er geen aanwijzingen dat de respons van 50% een specifieke groep weinig werkende ergotherapeuten betreft. Het is mogelijk dat een deel van de ergotherapeuten de desbetreffende vraag uit de vragenlijst verkeerd heeft geïnterpreteerd. Gevraagd is "Hoeveel ergotherapeuten die EEE verrichten zijn bij uw praktijk/instelling werkzaam (inclusief uzelf)?" Ingevuld kon worden het aantal ergotherapeuten (in loondienst, vrijgevestigd of gedetacheerd) en het totaal fte. Het is mogelijk dat een deel van de ergotherapeuten de vraag zodanig geïnterpreteerd heeft dat men dacht dat de hoeveelheid fte aan EEE werd bedoeld. Dit is lager dan het totaal fte waardoor het gemiddelde lager uitvalt. Omdat de resultaten uit de registratie van 2002 overeenkomen met de resultaten uit 2000 lijken deze gegevens betrouwbaarder dan die uit de vragenlijsten voor het huidige onderzoek.

Bij de bespreking van de resultaten van de vragenlijsten is enerzijds de situatie in instellingen interessant: de situatie tijdens de subsidieregeling kan vergeleken worden met de huidige stand van zaken na ruim anderhalf jaar wetgeving. Anderzijds is ook de positie van vrijgevestigden interessant omdat zij voorheen uitgesloten waren van de verstrekking van EEE.

Een toenemend aantal vrijgevestigden verleent zorg in het kader van EEE. Uit dit onderzoek komt naar voren dat vrijgevestigden daarbij grotendeels te maken hebben met de zelfde problematiek met zorgverzekeraars: het verkrijgen van contracten en betalingen in die gevallen waarin geen contract is. De meningen met betrekking tot de systematiek van de vergoedingen zijn eveneens vergelijkbaar: een meerderheid ervaart knelpunten ten aanzien van de wijze waarop contacttijd en overige tijd vergoed worden.

Vrijgevestigden hebben iets minder vaak een wachtlijst dan instellingen, de gemiddelde wachttijd is wel langer bij vrijgevestigden. Deze bevinding is niet opmerkelijk, instellingen beschikken door het grotere aantal werkzame ergotherapeuten doorgaans over een grotere mate van flexibiliteit om wachtlijsten te voorkomen of aan te pakken. Opvallend is wel dat de zorgverzekeraars geen melding maken van het bestaan van wachtlijsten.

Mogelijk wordt dit knelpunt niet door de ergotherapeuten aan de zorgverzekeraars gemeld. Dit kan een teken zijn van onvoldoende communicatie tussen beide groepen.

In de instellingen is eveneens een gestage groei van EEE zichtbaar; het totale aantal fte dat gewerkt wordt is gestegen. De omstandigheden waaronder EEE verleend wordt zijn echter nauwelijks veranderd. In vergelijking met 1999 worden dezelfde knelpunten genoemd met betrekking tot de vergoedingen en de maximale omvang van de behandeling. Voor een kwart van de ergotherapeuten levert bovendien de afbakening van WVG met EEE nog steeds problemen op, niet zozeer door onduidelijke regelgeving, maar door gemeentes en verzekeraars die naar elkaar wijzen voor de vergoeding. Hiervan zijn ergotherapeuten en cliënten de dupe.

Voor zorgverzekeraars is EEE een kleine verstrekking. Opvallend is dat door sommige verzekeraars nog steeds geen contracten met vrijgevestigden zijn afgesloten hoewel alle verzekeraars zeggen geen voorkeur te hebben. De ervaringen van ergotherapeuten met het verkrijgen van contracten geven een negatievere indruk dan het beeld dat zorgverzekeraars van zichzelf schetsen. Een meerderheid geeft namelijk aan nog geen ergotherapeuten geweigerd te hebben voor een contract.

Contracten worden verplicht gebaseerd op de UVO. Zorgverzekeraars zeggen dat zij zich aan deze afspraak houden, ongeveer een kwart van de ergotherapeuten geeft aan de UVO niet wordt gehanteerd. Mogelijk is de verklaring hiervoor dat niet alle ergotherapeuten in dit onderzoek zelf betrokken zijn bij het afsluiten van de contracten en dus de UVO niet kennen.

Het merendeel van de verzekeraars werkt met volumeafspraken. Er wordt doorgaans meer zorg gecontracteerd dan er vergoed wordt, bovendien kunnen volumes worden opgehoogd indien deze niet voldoende blijken te zijn. Volumes kunnen daarom eerder beschouwd worden als een manier om een budget toe te kennen dan om de kosten te beheersen. Het werken met spiegelinformatie voor EEE staat nog in de kinderschoenen. Ook hieruit blijkt dat EEE voor zorgverzekeraars een minder belangrijke verstrekking is.

7.5 Besluit

In dit rapport is een beeld gegeven van de huidige stand van zaken in de extramurale ergotherapie. Deze heeft sinds de subsidieregeling voor het laatst geëvalueerd is een gestage groei doorgemaakt, zowel in instellingen als in vrijgevestigde praktijken. EEE voorziet in een behoefte die - mede als gevolg van vergrijzing en extramuralisering van de zorg - verder zal toenemen.

Het totale aanbod aan EEE lijkt in de huidige behoefte te kunnen voorzien. Desondanks zijn er op lokaal niveau wachtlijsten die tot enkele maanden op kunnen lopen. In ander onderzoek is als oorzaak hiervoor gewezen op de financiële onaantrekkelijkheid, met name voor instellingen, om EEE te verstrekken (KPMG, 2000). Het gevolg hiervan kan zijn dat in plaats van de relatief goedkope EEE een duurdere vorm van zorg wordt verleend. Bovendien is EEE juist gericht op het zo lang mogelijk laten functioneren in de eigen woon- leef- en werksituatie waardoor bijvoorbeeld opname in een (dure) instelling wordt bekort, voorkomen of uitgesteld (Minister van VWS, 1995).

Opvallend is dat de knelpunten die tijdens de subsidieregeling gesignaleerd werden nog steeds bestaan. De aanname dat contacttijd en overige tijd zich verhouden als 3:1 is toentertijd al achterhaald gebleken. Geconstateerd werd dat een verhouding van 70:30 meer overeenkomt met de realiteit. Dit wordt bevestigd door de resultaten van het registratieonderzoek. Het tarief is gebaseerd op ongeveer 20-23% indirect-cliëntgebonden tijd. Uit deze evaluatie blijkt dat het tarief niet toereikend is voor de hoeveel overige tijd die ergotherapeuten naast de contacttijd met cliënten besteden aan overleg, verslaglegging, scholing en de praktijkvoering.

Ook het knelpunt dat de maximale behandelduur van 10 uur voor bepaalde cliëntcategorieën niet voldoende is werd drie jaar geleden al geconstateerd. Het College voor Zorgverzekeringen adviseerde echter het voorstel van SWOKA om voor deze cliëntcategorieën een ander maximum in te stellen niet over te nemen. Er bestond voorkeur voor een uniforme regeling; eventueel zou voor bepaalde gevallen een toestemmingsvereiste gehanteerd kunnen worden. Een andere mogelijkheid werd gezien in volumebeheersing via de overeenkomsten met de ergotherapeuten (CVZ, 1999).

Een uniforme regeling heeft altijd de voorkeur boven ingewikkelde regelingen of regelingen waarin uitzonderingen gemaakt worden voor bepaalde groepen. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde 'Beperkende maatregel' waarmee de fysiotherapeutische zorg voor ziekenfondsverzekerden beperkt wordt tot 9 zittingen. Voor aandoeningen die voorkomen op de 'chronische lijst' is wel langdurige zorg mogelijk. Deze regeling is in 2002 geëvalueerd: betrokkenen zoals fysiotherapeuten, beleidsmakers en verzekeraars vonden dat de regeling niet op inhoudelijke grondslagen gebaseerd was. De chronische lijst vond men bovendien complex, niet transparant en niet compleet (Hofhuis e.a., 2002). Naar aanleiding van deze evaluatie heeft het CVZ aan de Minister geadviseerd de maatregel op te heffen en fysiotherapeuten op basis van hun eigen professionaliteit de inhoud en omvang van de behandeling vast te laten stellen (CVZ, 2002).

Het is niet wenselijk om voor de extramurale ergotherapie een ingewikkelde regeling te ontwerpen die vergelijkbaar is met de beperkende maatregel. Een beter alternatief lijkt het opheffen van het maximum van 10 uur, vergelijkbaar met het opheffen van de beperkende maatregel. Hierdoor kan voor de extramurale ergotherapie een belangrijk knelpunt opgeheven worden. De zorg die door ergotherapeuten noodzakelijk wordt geacht kan dan in alle gevallen verstrekt worden.

Enkele aanvullende argumenten pleiten voor deze mogelijkheid. (i) Bij bijna negentig procent van de behandelingen in het kader van EEE is de totale contacttijd minder dan 10 uur. Het gaat dus uiteindelijk slechts om een klein percentage van de behandelingen waarbij meer dan 10 uur nodig is. (ii) Een van de argumenten om bij fysiotherapeuten professionaliteit het uitgangspunt te laten zijn is dat deze beroepsgroep steeds meer gebruikt maakt van richtlijnen. Hierdoor wordt de zorgverlening transparant en uniform. Voor ergotherapeuten worden eveneens standaarden ontwikkeld. In dit onderzoek was al bij 40% van de behandelingen een standaard van de NVE van toepassing. (iii) Volumeafspraken worden al door een meerderheid van de verzekeraars gehanteerd om budgetten voor EEE toe kennen. Door middel van dergelijke afspraken kunnen de kosten beheerst worden.

Literatuur

CVZ. Enkelvoudige extramurale ergotherapie. Amstelveen: CVZ, 1999

Driessen MJ, Dekker J. Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening. Utrecht: NIVEL, 1994.

Driessen MJ, Harmsen J, Dekker J, Bosveld W, Hingstman L. Inventarisatie Extramurale Ergotherapie 1996. Utrecht: NIVEL, 1996.

Hingstman L. (2001) Ergotherapeuten peiling 2000. www.nivel.nl

Hofhuis H, de Boer M, Steultjens E, van den Ende E. Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 2002.

KPMG. De markt voor ergotherapie - deelmarktanalyse -. Hoofddorp: KPMG gezondheidszorg, 2002.

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

NVE. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: NVE/Lemma, 1999

Plas M, Jellema S, Dekker J, van den Ende E. Preventieve ergotherapie bij ouderen: een pilot-studie. Utrecht: NIVEL, 1999.

Treekoverleg. Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector. Zeist: ZN, 19 januari 2000.

Velden LFJ van der, Hingstman L. Behoefteraming ergotherapeuten 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1999.

BIJLAGE 1



Vragenlijst
stand van zaken

Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie

Toelichting

Deze vragenlijst is bestemd voor vrijgevestigde ergotherapeuten en voor degenen die in instellingen EEE coördineren, bijvoorbeeld het hoofd van de afdeling ergotherapie.

In deze vragenlijst komen de ervaringen met zorgverzekeraars aan de orde, eventuele wachtlijstproblematiek, knelpunten in de zorgverlening en samenwerking met andere partijen.

Vragen 1 tot en met 8 hebben zijn algemene vragen. **Vanaf vraag 9** hebben de vragen uitsluitend **betrekking op extramurale ergotherapie die aan ziekenfondsverzekerden** wordt geleverd.

Bij de meeste vragen in deze vragenlijst dient u een kruisje te zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven op de stippellijntjes.

Al uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Wilt u de vragenlijst in de antwoordvelop terugsturen binnen twee weken na ontvangst. Een postzegel is niet nodig.

Indien u vragen heeft kunt u contact opnemen met Hannelore Hofhuis (030 - 2729790) of met Marike de Boer (030-2729765). Contact opnemen per e-mail kan ook: h.hofhuis@nivel.nl of m.deboer@nivel.nl.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Vragenlijst 'stand van zaken Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie'

ALGEMENE GEGEVENS

1. Hoe bent u werkzaam?
- in vrijgevestigde praktijk (ga naar vraag 5)
 - in loondienstverband in instelling (ga naar vraag 2)
 - zowel vrijgevestigd als in loondienst in instelling (ga naar vraag 5)

LET OP: Indien u zowel in een vrijgevestigde praktijk werkzaam bent als in loondienst in een instelling, wilt u dan de vragenlijst invullen voor de VRIJGEVESTIGDE PRAKTIJK waarin u werkzaam bent?

2. Wat is uw functie?
- hoofd afdeling ergotherapie
 - hoofd paramedische zorg
 - ergotherapeut belast met de coördinatie van EEE
 - anders, namelijk
3. Bent u zelf ergotherapeut?
- ja
 - nee
4. Verstrekt u zelf EEE?
- ja
 - nee
5. Hoeveel ergotherapeuten die EEE verrichten zijn bij uw praktijk/instelling werkzaam (inclusief uzelf)?
- | | | | |
|--------------------------------------|--------------|-----|--|
| ergotherapeuten in loondienst, | totaal | fte | (bijvoorbeeld 100% is 1 fte, 50% is 0,5 fte) |
| vrijgevestigde ergotherapeuten | totaal | fte | |
| gedetacheerde ergotherapeuten, | totaal | fte | |
6. Indien mogelijk: kunt u aangeven hoeveel cliënten u /uw instelling had in 2001 voor EEE? Hoe zijn zij verzekerd? (alleen invullen indien gegevens over te nemen zijn uit jaaroverzichten)
- ziekenfondsverzekerden,
 - particulier verzekerden,
 - onbekend,
7. Indien mogelijk: hoeveel verrichtingseenheden (kwartieren) heeft u in 2001 voor EEE gedeclareerd en hoe vaak een huisbezoektoeslag? (alle verzekerden samen) (alleen invullen indien gegevens over te nemen zijn uit jaaroverzichten)
- verrichtingseenheden (kwartieren) (alle verzekerden samen)
- huisbezoektoeslagen (alle verzekerden samen)
8. Verwacht u dat het aantal verrichtingseenheden in 2002 zal stijgen?
- nee, het aantal zal naar verwachting dalen
 - nee, het aantal zal naar verwachting gelijk blijven
 - ja, met 0 - 10%
 - ja, met 10 - 25%
 - ja, met 25 - 50%
 - ja, met meer dan 50%

De volgende vragen hebben alleen betrekking op ZIEKENFONDSEN en op cliënten die een ZIEKENFONDS-VERZEKERING hebben.

ERVARINGEN MET ZORGVERZEKERAARS

9. Met welke ziekenfondsen heeft u / uw instelling een overeenkomst om EEE te verrichten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amicon | <input type="checkbox"/> Groene land (Achmea) | <input type="checkbox"/> Stad Rotterdam |
| <input type="checkbox"/> Anova (Agis Groep) | <input type="checkbox"/> Het Anker | <input type="checkbox"/> Trias |
| <input type="checkbox"/> ANOZ (Agis Groep) | <input type="checkbox"/> Nederzorg | <input type="checkbox"/> Univé |
| <input type="checkbox"/> Azivo | <input type="checkbox"/> Nuts (DeltaLloyd Ohra) | <input type="checkbox"/> VGZ |
| <input type="checkbox"/> AZvZ | <input type="checkbox"/> ONVZ | <input type="checkbox"/> ZAO (Agis Groep) |
| <input type="checkbox"/> CZ Groep | <input type="checkbox"/> OZ | <input type="checkbox"/> Zilveren Kruis (Achmea) |
| <input type="checkbox"/> De Friesland | <input type="checkbox"/> OZB | <input type="checkbox"/> Zorg en Zekerheid |
| <input type="checkbox"/> DSW | <input type="checkbox"/> PWZ (Achmea) | |
| <input type="checkbox"/> Geové RZG | <input type="checkbox"/> Salland | |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk | | |
10. Van welk ziekenfonds zijn de meeste van uw cliënten afkomstig?
11. Indien ziekenfondsen geen contract met u aangaan, wat is daarvan dan de reden? (meerdere antwoorden mogelijk)
- niet van toepassing
 - er worden geen contracten in mijn regio afgesloten
 - er zijn al genoeg gecontracteerde ergotherapeuten/instellingen in mijn regio
 - er worden contracten met instellingen geprefereerd
 - er worden contracten met vrijgevestigden geprefereerd
 - er wordt pas een contract afgesloten als er één of meerdere cliënten zijn
 - anders, namelijk
12. Wordt bij het opstellen van de contracten gebruik gemaakt van de Uitkomst van Overleg ZN / NVE (Zorgverzekeraars Nederland/Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie)?
- ja, bij alle contracten
 - nee, niet bij de contracten met (ziekenfondsen):
 - nee, bij geen van de contracten
13. Worden in uw praktijk /uw instelling wel eens cliënten behandeld zonder dat er een contract is met het betreffende ziekenfonds?
- nee (ga naar vraag 16)
 - ja
14. Geven de declaraties van deze cliënten problemen?
- de declaraties geven geen problemen (ga naar vraag 16)
 - de declaraties geven problemen bij sommige ziekenfondsen
 - de declaraties geven problemen bij de meeste ziekenfondsen
 - de declaraties geven problemen bij andere partijen, namelijk

15. Wat is de aard van de bij vraag 14 genoemde problemen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- de betaling is te laat
 - geautomatiseerd/op diskette aanleveren van de declaratie is problematisch
 - declaraties worden retour gezonden zonder uitleg
 - tarieven kloppen niet
 - er wordt niet betaald
 - anders, namelijk
 -
16. Kunt u voor het contract van het ziekenfonds met de meeste cliënten aangeven of de volgende onderwerpen daar deel van uitmaken? (meerdere antwoorden mogelijk)
- totaal budget / volumeafspraken
 - behandelgemiddelde
 - aard van de hulp die vergoed wordt
 - regio / werkgebied waarin EEE verleend mag worden
 - beperking van het aantal huisbezoeken
17. Indien er in het contract met het ziekenfonds met de meeste cliënten afspraken staan over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE, welke onderwerpen maken daar dan deel van uit? (meerdere antwoorden mogelijk)
- niet van toepassing
 - naleving regels voor verslaglegging
 - naleving standaarden/richtlijnen
 - opstellen kwaliteitsjaarverslag
 - deskundigheidsbevordering
 - deelname aan intercollegiale toetsing / visitatie
 - deelname aan regionaal overleg
 - inschrijving in basisregister (kwaliteitsregister)
 - anders, namelijk
 -
18. Is in het contract met het ziekenfonds met de meeste cliënten sprake van een maximum volume voor EEE?
- nee (ga naar vraag 22)
 - ja
19. Was het volume voor 2001 toereikend? (deze vraag betreft het contract met het ziekenfonds met de meeste cliënten)
- het volume was toereikend (ga naar vraag 22)
 - het volume is overschreden
20. Hoe is dit ziekenfonds in 2001 omgegaan met de overschrijding van het volume? (deze vraag betreft het contract met het ziekenfonds met de meeste cliënten)
- de extra tijd is volledig vergoed
 - de extra tijd is gedeeltelijk vergoed
 - de extra tijd is niet vergoed
 - Eventueel toelichting:
 -

21. Heeft dit ziekenfonds het volume voor 2002 gewijzigd? (deze vraag betreft het contract met het ziekenfonds met de meeste cliënten)
- het volume voor 2002 is verhoogd ten opzichte van 2001
 - het volume voor 2002 is gelijk als het oorspronkelijke volume van 2001
 - het volume voor 2002 is verlaagd ten opzichte van 2001
- Eventueel toelichting:
-
22. Welke knelpunten ervaart u in het algemeen met betrekking tot de vergoedingen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- geen knelpunten
 - het tarief voor een verrichtingseenheid is te laag
 - met de verhouding contacttijd / overige tijd van 3:1 wordt de overige tijd* onvoldoende vergoed
 - overige tijd* kan niet apart gedeclareerd worden
 - de tarieven dekken de kosten voor 'overhead' onvoldoende**
 - de toeslag voor een huisbezoek is te laag
 - anders, namelijk
 -
- * overige tijd bestaat uit indirect cliëntgebonden tijd (o.a. rapportage, overleg, verwijzen, afstemming met leveranciers) en niet cliëntgebonden tijd (o.a. facturering, bij- en nascholing)
- ** overhead: kosten voor o.a. materialen, computer, inrichting etcetera

TARIEVEN VRIJGEVESTIGDEN

De volgende vragen gaan over tarieven die door ziekenfondsen voor VRIJGEVESTIGDEN worden gehanteerd. Indien u in een INSTELLING werkt: ----> ga verder naar vraag 27.

Vrijgevestigden:

23. Welk tarief is met het ziekenfonds met de meeste cliënten overeengekomen voor een verrichtingseenheid/kwartier?
- WTG / CTG tarief
 - ander tarief, namelijk € per verrichtingseenheid/kwartier
24. Welk tarief is met het ziekenfonds met de meeste cliënten overeengekomen als toeslag voor een huisbezoek?
- WTG / CTG tarief
 - ander tarief, namelijk € per huisbezoek
25. Welke tarieven zijn overeengekomen met de overige ziekenfondsen waarmee u contracten heeft?
- met alle ziekenfondsen zijn de WTG / CTG tarieven voor een verrichtingseenheid en huisbezoektoeslag overeengekomen
 - met één of meer ziekenfondsen is een ander tarief voor een verrichtingseenheid overeengekomen, namelijk € per verrichtingseenheid/kwartier
 - met één of meer ziekenfondsen is een ander tarief als toeslag voor een huisbezoek overeengekomen, namelijk € per huisbezoek
26. Kan er onderhandeld worden over de tarieven?
- nee, met geen van de ziekenfondsen
 - ja, met enkele ziekenfondsen
 - ja, met alle ziekenfondsen

WACHTLIJSTPROBLEMATIEK

De volgende vragen zijn bestemd voor ALLE respondenten

27. Heeft u / uw instelling op dit moment een wachtlijst voor EEE?
 nee (ga door naar vraag 33)
 ja, voor cliënten (aantal invullen s.v.p.)
28. Hoelang bedraagt de wachttijd voor cliënten op de wachtlijst gemiddeld?
..... weken
29. Wanneer is de wachtlijst ontstaan?
..... (maand) (jaar)
30. Wat is naar uw mening de oorzaak van de wachtlijst? (meerdere antwoorden mogelijk)
 (te) beperkte contractomvang / volume
 toegenomen aantal cliënten sinds 1 januari 2001 (inwerkingtreding regeling EEE)
 fluctuerende toestroom van cliënten
 (urgente) cliënten die voorrang krijgen
 te beperkte formatie voor ergotherapie
 problemen met het vinden van nieuwe ergotherapeuten
 ziekte van ergotherapeuten
 anders, namelijk
.....
31. Wie is naar uw mening verantwoordelijk voor het ontstaan van de wachtlijst? (meerdere antwoorden mogelijk)
 niemand in het bijzonder
 verwijsbeleid huisartsen
 management van de instelling
 management van de vrijgevestigde praktijk
 ziekenfonds(-en)
 de ergotherapeut(-en)
 anders, namelijk
Eventueel toelichting:
.....
32. Worden er inspanningen gedaan om de wachtlijst te verminderen? (meerdere antwoorden mogelijk)
 nee
 ja, door het aannemen van nieuwe ergotherapeuten/uitbreiden van de formatie
 ja, door het inzetten van ergotherapeuten op detacheringsbasis
 ja, door uitbreiding van de contracten/volume met (de) ziekenfonds(-en)
 ja, door uitbesteding van EEE naar een (andere) zorginstelling
 ja, door uitbesteding van EEE naar een (andere) vrijgevestigde ergotherapeut
 anders, namelijk
.....

33. Is er een beleid ten aanzien van urgente gevallen voor EEE? (meerdere antwoorden mogelijk)
- nee
 - ja, urgente gevallen krijgen voorrang
 - ja, urgente gevallen worden doorverwezen naar een (andere) zorginstelling
 - ja, urgente gevallen worden doorverwezen naar een (andere) vrijgevestigde ergotherapeut
 - anders, namelijk
34. Welke gevolgen signaleert u als gevolg van het bestaan van de wachtlijst? (meerdere antwoorden mogelijk)
- geen
 - sommige cliënten blijven langer opgenomen in een instelling
 - sommige cliënten worden sneller opgenomen in een instelling
 - cliënten worden niet behandeld
 - verhoging werkdruk van de ergotherapeuten
 - anders, namelijk

OMVANG VAN DE BEHANDELING

35. Is de maximaal declareerbare tijd voor een behandeling (10 uur) voldoende voor alle EEE cliënten van uw praktijk / instelling?
- ja (ga door naar vraag 39)
 - nee
36. Kunt u aangeven voor welke cliëntcategorieën 10 uur niet voldoende is? (meerdere antwoorden mogelijk)
- nee, het komt bij alle cliëntcategorieën voor
 - CVA patiënten
 - cliënten met chronische klachten
 - cliënten met meervoudige problemen
 - cliënten met een progressief ziektebeeld
 - kinderen met ontwikkelingsstoornissen
 - cliënten voor WVG-training die in het kader van EEE vergoed wordt
 - anders, namelijk
37. Heeft u / uw instelling een beleid voor die cliënten waarvoor 10 uur niet voldoende is? (meerdere antwoorden mogelijk)
- nee, per geval wordt naar een oplossing gezocht
 - ja, de behandeling wordt na 10 uur gestopt
 - ja, de behandeling wordt voortgezet, extra uren worden na toestemming van het ziekenfonds gedeclareerd
 - ja, de cliënt wordt overgedragen aan de dagbehandeling
 - ja, de behandeling wordt voortgezet in een volgend jaar
 - ja, de behandeling wordt gefinancierd uit andere bronnen, namelijk
 - ja, de cliënt betaalt zelf de extra uren
 - ja, de behandeling wordt gedeclareerd als poliklinische hulp
 - ja, de behandeling wordt overgedragen aan een andere discipline (bijvoorbeeld fysiotherapie)
 - anders, namelijk

38. Kunt u voor het ziekenfonds met de meeste cliënten aangeven wat het beleid is ten aanzien van declaraties van extra uren?
- extra uren worden niet vergoed
 - extra uren worden soms vergoed
 - extra uren worden meestal vergoed
 - extra uren worden altijd vergoed
 - extra uren worden bij bepaalde cliëntcategorieën vergoed, namelijk bij
 - anders, namelijk
39. Vindt u dat het maximum van 10 uur veranderd zou moeten worden, en zo ja, hoe?
- nee, het maximum van 10 uur is goed
 - ja, er zou een ander maximum moeten komen, namelijk uur
 - ja, de omvang van de behandeling moet per cliënt afzonderlijk vastgesteld kunnen worden
 - ja, voor bepaalde cliëntcategorieën zou een ander maximum moeten komen
 - anders, namelijk
40. De vergoedingen zijn gebaseerd op een verhouding van contacttijd : overige tijd van 3 : 1. Wat is uw mening over deze wijze van vergoeden?
- dit is een goede wijze van vergoeden
 - de verhouding 3:1 moet veranderen in de verhouding:
 - alle overige tijd moet ook gedeclareerd kunnen worden
 - er zouden meer werkzaamheden als contacttijd met de patiënt gedeclareerd moeten kunnen worden
 - anders, namelijk

SAMENWERKING

41. Met welke partijen in de zorg wordt ten behoeve van EEE samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- geen partijen, er wordt niet samengewerkt
 - huisarts(-en)
 - revalidatiearts(-en)
 - verpleeghuisarts(-en)
 - neuroloog/neurologen
 - orthooped/orthopeden
 - reumatoloog/reumatologen
 - kinderarts(-en)
 - andere medisch specialist(-en), zoals
 - fysiotherapeut(-en)
 - oefentherapeut(-en) Cesar en/of -Mensendieck
 - logopedist(-en)
 - andere paramedici
 - thuiszorg (wijkverpleging/gezinszorg)
 - leverancier(s) van hulpmiddelen / voorzieningen
 - WVG-consulent / RIO indicatie-adviseur(s)
 - GGD
 - maatschappelijk werk
 - anders, namelijk

42. Waaruit bestaat de samenwerking met betrekking tot EEE? (meerdere antwoorden mogelijk)
- afstemming van de behandeling
 - afstemming van de verwijzing
 - adviseren aan collega's
 - adviseren aan andere zorgverleners
 - uitbesteding van EEE bij urgente gevallen
 - anders, namelijk
 -

43. Vindt de samenwerking voornamelijk plaats bij bepaalde cliëntcategorieën?
- nee
 - ja, namelijk bij
 -

AFBAKENING EEE

44. Zijn er afspraken met de gemeente over de training van voorzieningen die bekostigd worden door de WVG?
- er zijn geen afspraken
 - de training van WVG-voorzieningen wordt via de EEE vergoed
 - de training van WVG-voorzieningen wordt in sommige gevallen via de EEE vergoed
 - de training van WVG-voorzieningen kan niet via de EEE worden vergoed
 - anders, namelijk

45. Verricht u trainingen van WVG-voorzieningen die via de EEE worden vergoed?
- nee
 - ja
 - Eventueel toelichting:
 -

46. Levert de afbakening van EEE met de training van WVG-voorzieningen problemen op?
- nee
 - ja, namelijk
 -

47. Levert de afbakening van EEE met het PGB (persoonsgebonden budget) problemen op?
- nee
 - ja, namelijk
 -

48. Wordt door u/uw instelling ook poliklinische ergotherapie gegeven?
- nee (ga verder naar vraag 51)
 - ja

49. Zijn er verschillen tussen poliklinische ergotherapie en EEE?
- nee
 - ja, poliklinische ergotherapie wordt in het kader van multidisciplinaire behandeling gegeven
 - ja, er is verschil in verwijzers
 - ja, er is verschil in cliëntcategorieën
 - anders, namelijk

Indien er verschil is in verwijzers, kunt u dit toelichten?

Verwijzers poliklinische ergotherapie	verwijzers EEE
.....
.....
.....
.....

Indien er verschil is in cliëntcategorieën, kunt u dit toelichten?

Cliëntcategorieën poliklinische ergotherapie	cliëntcategorieën EEE
.....
.....
.....
.....

50. Levert de afbakening van EEE met poliklinische ergotherapie problemen op?
- nee
 - ja, namelijk

51. Zijn er andere dan de hier genoemde vergoedingen waarvan de afbakening met EEE problemen oplevert?
- nee
 - ja, namelijk

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

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

BIJLAGE 2



Registratieformulier
afgeronde behandelingen

Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie

Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Nederland. Tel.: 030-2729700, fax: 030-2729729

Toelichting

Dit registratieformulier is bedoeld voor ergotherapeuten die werkzaam zijn in het kader van Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE).

In dit registratieformulier wordt gevraagd naar algemene cliëntgegevens, verwijs- en diagnosegegevens en gegevens over het behandelproces. De registratieformulieren hebben alleen betrekking op cliënten die in het kader van EEE worden behandeld.

Bij de meeste vragen in dit registratieformulier dient u een kruisje te zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven op de stippelijntjes.

Al uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Wilt u gezamenlijk alle registratieformulieren en het antwoordstrookje voor de vergoeding vóór 5 juni in de antwoordenvolop terugsturen. Een postzegel is niet nodig.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Marike de Boer (tel. 030-2729765 of m.deboer@nivel.nl) of Hannelore Hofhuis (tel. 030-2729790 of h.hofhuis@nivel.nl).

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

CLIËNTGEGEVENS

1. Algemeen

Geboortedatum:-.....- (dag - maand - jaar)

Geslacht: Man
 Vrouw

Verzekering: Ziekenfonds
 Particulier
 Geen

GEGEVENS DIAGNOSE EN BEHANDELPROCES

2. Medische diagnose

Wat was de medische diagnose van de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nieuwvormingen (o.a. maligne en overige neoplasmata)
- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (o.a. dementie)
- Ziekten van het zenuwstelsel (o.a. ALS, parkinson, multiple sclerose)
- Ziekten van oog en adnexen (ziekten van het oog en hetgeen erbij hoort)
- Ziekten van hart en vaatstelsel (o.a. CVA, TIA)
- Ziekten van het ademhalingsstelsel (cara, longemfyseem)
- Ziekten van huid en subcutis
- Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel (o.a. rugklachten, reuma, artrose)
- Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen (o.a. infantiele encephalopathie)
- Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd
- Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (o.a. gevolgen bedrijfsongeval)
- Overige aandoeningen

3. Ergotherapeutische diagnose

Op welke aspecten greep de ergotherapeutische diagnose aan? (max. drie aspecten aangeven)

Zelfverzorging:

- Persoonlijke verzorging (aankleden, wassen, eten, hygiëne)
- Functionele mobiliteit (transfers, verplaatsen binnens- buitenshuis)
- Organisatie van het huishouden (transport, boodschappen doen, financiën)

Productiviteit:

- Betaald/onbetaald werk (vinden/behouden van werk, vrijwilligerswerk, verzorging kinderen)
- Uitvoering van huishoudelijke activiteiten (schoonmaken, kleding wassen, koken)
- Spel/school (spel, vaardigheden, huiswerk)

Ontspanning:

- Passieve recreatie (hobby's, lezen, handenarbeid)
- Actieve recreatie (sporten, uitstapjes, reizen)

Sociale contacten (visites afleggen, telefoneren, correspondentie)

4. Tijdsbesteding

Hoeveel bedroeg de totale contacttijd (cliënt is aanwezig)?

..... uur en kwartier

5. Behandelperiode

Wat was de totale periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden?

- Minder dan 2 weken
 - 2 - 6 weken
 - 7- 12 weken
 - 13 - 22 weken
 - Meer dan 22 weken
-

6. Plaats behandeling

Waar heeft het merendeel van de behandeling van de cliënt plaatsgevonden?

- Thuis (bij cliënt)
 - In praktijk (van ergotherapeut)
 - In instelling (bv. op afdeling ergotherapie)
 - Anders, namelijk
-

7. Behandeldoelen

Zijn de behandeldoelen die gesteld zijn bereikt?

- Ja, geheel bereikt (ga naar einde vragenlijst)
 - Bijna geheel bereikt (ga naar einde vragenlijst)
 - Ten dele bereikt
 - Nauwelijks bereikt
 - Nee, niet bereikt
-

8. Reden niet behaalde doelen

Wat is de reden dat de behandeldoelen niet, nauwelijks of slechts ten dele zijn bereikt?

- De vergoede 10 uur behandelen is onvoldoende
- De patiënt is verhuisd

- De patiënt is opgenomen (in instelling)
 - De patiënt heeft behandeling gestaakt op eigen initiatief
 - Anders, namelijk
-

Indien u nog opmerkingen heeft over EEE, of over dit registratieformulier, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van dit registratieformulier.



Registratieformulier
lopende behandelingen

Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie

Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Nederland. Tel.: 030-2729700, fax: 030-2729729

Toelichting

Dit registratieformulier is bedoeld voor ergotherapeuten die werkzaam zijn in het kader van Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE).

In dit registratieformulier wordt gevraagd naar algemene cliëntgegevens, verwijs- en diagnosegegevens en gegevens over het behandelproces. De registratieformulieren hebben alleen betrekking op cliënten die in het kader van EEE worden behandeld.

Bij de meeste vragen in dit registratieformulier dient u een kruisje te zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven op de stippelijntjes.

Al uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Wilt u gezamenlijk alle registratieformulieren en het antwoordstrookje voor de vergoeding vóór 5 juni in de antwoordenvelop terugsturen. Een postzegel is niet nodig.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Marike de Boer (tel. 030-2729765 of m.deboer@nivel.nl) of Hannelore Hofhuis (tel. 030-2729790 of h.hofhuis@nivel.nl).

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Hieronder volgt een toelichting op een aantal vragen van het registratieformulier.

Vraag 9

Reden aanvraag ergotherapie	Dit behoort aangegeven te worden door de verwijzer en kan overgenomen worden van de verwijzing.
Ergotherapeutische diagnostiek	Door middel van observatie en onderzoek, ergotherapeutische tests en gespreksvoering wordt de ergotherapeut gevraagd aan te geven of ergotherapeutisch advies of behandeling zinvol is voor de cliënt of dat de cliënt meer gebaat is bij een andere aanpak.
Advies/instructie	Door advisering over hulpmiddelen, voorzieningen, (woning)aanpassingen, stelt de ergotherapeut de cliënt in staat (weer) zo zelfstandig mogelijk te functioneren; voorlichting en instructie aan cliënt en omgeving maken deel uit van het ergotherapeutisch advies.
Behandelen	Door middel van training van vaardigheden stelt de ergotherapeut de cliënt in staat (weer) zo zelfstandig mogelijk te functioneren.
Niet gespecificeerd	Bij de aanvraag is door de verwijzer geen reden opgegeven.

Vraag 22

Voor wat betreft de tijdbesteding in het kader van EEE worden de volgende categorieën gehanteerd:

- Contacttijd: Tijd besteed aan de cliënt terwijl de cliënt aanwezig is
- Reistijd: Declareerbare tijd besteed ten behoeve van de cliënt
- Overige cliëntgebonden tijd: Tijd besteed aan o.a. rapportage, overleg, verwijzen, afstemmen leverancier



CLIËNTGEGEVENS

1. Algemeen

Geboortedatum:-.....- (dag - maand - jaar)

Geslacht: Man
 Vrouw

Herkomst: Beide ouders van de cliënt zijn in Nederland geboren
 Eén of beide ouders van de cliënt zijn niet in Nederland geboren
 Onbekend

Verzekering: Ziekenfonds
 Particulier
 Geen

2. Gezinssituatie

Wat is de huidige gezinssituatie van de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Alleenwonend
 - Samenlevend met ouder(s)
 - Samenlevend met partner/echtgenoot
 - Samenlevend met opgroeiende kind(eren)
 - Samenlevend met inwonende volwassen kind(eren)
 - Samenlevend met anderen
 - Anders, namelijk
-

3. Woonsituatie

Wat is de huidige woonsituatie van de cliënt?

- Zelfstandig
 - Verzorgingshuis
 - Woonzorgcomplex
 - Steunpuntwoning
 - Aanleunwoning/ inleunwoning
 - Anders, namelijk
-

4. Hulp

Ontvangt de cliënt op dit moment in de thuissituatie hulp van anderen (bv. thuiszorg, mantelzorg)?

- Nee
 - Ja, namelijk
-

5. Dagelijkse werkzaamheden

Welke van de onderstaande situaties is van toepassing op de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Kind, niet leerplichtig
- Scholier/student
- Huisvrouw/-man
- Betaald werk
- Vrijwilligerswerk
- Cliënt is niet werkend, vanwege:
 - Arbeidsongeschiktheid
 - AOW/VUT/pensioen
 - Tijdelijk in de ziektewet
 - Werkloosheid
 - Anders, namelijk

6. Opleidingsniveau

Wat is het opleidingsniveau van de cliënt? (hoogst voltooide opleiding of huidige opleiding)

- Speciaal onderwijs
 - Basis onderwijs
 - VBO/LBO/VMBO (beroepsgerichte leerweg)
 - MAVO/VMBO (theoretische leerweg)
 - HAVO/MULO/MMS
 - VWO/HBS/Gymnasium
 - MBO
 - HBO
 - Universiteit
 - Anders, namelijk
 - Onbekend
-

VERWIJSGEGEVENS

7. Initiatiefnemer

Door wie is het initiatief genomen om EEE in te zetten?

- Huisarts
- Revalidatiearts
- Verpleeghuisarts
- Neuroloog
- Orthopeed
- Reumatoloog
- Kinderarts
- Personeel verzorgingshuis
- Cliënt zelf
- Fysiotherapeut
- Oefentherapeut Cesar
- Oefentherapeut-Mensendieck
- (Intramuraal werkende) ergotherapeut
- Thuiszorg (wijkverpleging/ gezinszorg)
- WVG-consulent/ RIO-indicatie adviseur
- Anders, namelijk

8. Verwijzer

Door wie is de cliënt verwezen?

- Huisarts
- Revalidatiearts
- Verpleeghuisarts
- Neuroloog
- Orthopeed
- Reumatoloog
- Kinderarts
- Anders, namelijk

9. Reden aanvraag (zie toelichting)

Wat is de door de verwijzer aangegeven reden voor het aanvragen van enkelvoudige extramurale ergotherapie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ergotherapeutische diagnostiek
 - Advies/instructie
 - Behandelen
 - Niet gespecificeerd (door verwijzer)
 - Anders, namelijk
-

10. Overige therapie

Welke andere vorm(en) van hulpverlening met betrekking tot de huidige klachten ontvangt de cliënt op dit moment? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
- Fysiotherapie
- Oefentherapie Cesar
- Oefentherapie-Mensendieck
- Huisarts (consult voor verstrekking verwijzing niet meegerekend)
- Revalidatiearts
- Verpleeghuisarts
- Neuroloog
- Orthooped
- Reumatoloog
- Kinderarts
- Thuiszorg (wijkverpleging/ gezinszorg)
- Maatschappelijk werk
- Niet bekend
- Anders, namelijk

11. Eerdere therapie

Welke andere vorm(en) van hulpverlening met betrekking tot de huidige klachten heeft de cliënt al eerder ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
 - Fysiotherapie
 - Oefentherapie Cesar
 - Oefentherapie-Mensendieck
 - Huisarts (consult voor verstrekking verwijzing niet meegerekend)
 - Revalidatiearts
 - Verpleeghuisarts
 - Neuroloog
 - Orthooped
 - Reumatoloog
 - Kinderarts
 - Thuiszorg (wijkverpleging/ gezinszorg)
 - Maatschappelijk werk
 - Niet bekend
 - Anders, namelijk
-

12. Medische diagnose

Wat is de medische diagnose van de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nieuwvormingen (o.a. maligne en overige neoplasmata)
- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (o.a. dementie)
- Ziekten van het zenuwstelsel (o.a. ALS, parkinson, multiple sclerose)
- Ziekten van oog en adnexen (ziekten van het oog en hetgeen erbij hoort)
- Ziekten van hart en vaatstelsel (o.a. CVA, TIA)
- Ziekten van het ademhalingsstelsel (cara, longemfyseem)
- Ziekten van huid en subcutis
- Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel (o.a. rugklachten, reuma, artrose)
- Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen (o.a. infantiele encephalopathie)
- Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd
- Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (o.a. gevolgen bedrijfsongeval)
- Overige aandoeningen

13. Ergotherapeutische diagnose

Op welke aspecten grijpt de ergotherapeutische diagnose aan? (max. drie aspecten aangeven)

Zelfverzorging:

- Persoonlijke verzorging (aankleden, wassen, eten, hygiëne)
- Functionele mobiliteit (transfers, verplaatsen binnens- buitenshuis)
- Organisatie van het huishouden (transport, boodschappen doen, financiën)

Productiviteit:

- Betaald/onbetaald werk (vinden van werk, behouden van werk, vrijwilligerswerk, verzorging kinderen)
- Uitvoering van huishoudelijke activiteiten (schoonmaken, kleding wassen, koken)
- Spel/school (spel, vaardigheden, huiswerk)

Ontspanning:

- Passieve recreatie (hobby's, lezen, handenarbeid)
 - Actieve recreatie (sporten, uitstapjes, reizen)
 - Sociale contacten (visites afleggen, telefoneren, correspondentie)
-

14. Behandeldoelen

Op welke hieronder genoemde aspecten (functies, activiteiten, participatie) zijn de behandeldoelen gericht? (maximaal drie doelen aangeven)

Behandeldoel is gericht op:

Functies

- 1 **Senso-motorisch** (gestoorde structuur/functie, coördinatie, sensibiliteit, proprioceptie, pijn)
- 2 **Cognitief** (geheugen, neuropsychologisch)
- 3 **Psycho-sociaal** (intra- en inter-persoonlijk)

Activiteiten*Zelfverzorging*

- 4 **Persoonlijke verzorging** (aankleden, wassen, eten, hygiëne)
- 5 **Functionele mobiliteit** (transfers, verplaatsen binnen/ buitenshuis)
- 6 **Organisatie van het huishouden** (transport, boodschappen doen, financiën)

Productiviteit

- 7 **Betaald/ onbetaald werk** (vinden/ behouden van werk, vrijwilligerswerk, verzorging kinderen)
- 8 **Uitvoering van huishoudelijke activiteiten** (schoonmaken, kleding wassen, koken)
- 9 **Spel/school** (spel, vaardigheden, huiswerk)

Ontspanning

- 10 **Passieve recreatie** (hobby's, lezen, handenarbeid)
- 11 **Actieve recreatie** (sporten, uitstapjes, reizen)
- 12 **Sociale contacten** (visites afleggen, telefoneren, correspondentie)

Participatie

- 13 **Rol van zelfverzorger** (het uiterlijk en de wijze van presenteren van het individu, zorg dragen voor eigen bezittingen, leefgewoonten in verband met gezondheid)
- 14 **Mobiliteit** (vermogen van een individu om zich zowel binnen- als buitenshuis te kunnen of durven te verplaatsen)
- 15 **Sociale rol** (frequentie en kwaliteit van de contacten met vrienden en goede kennissen, het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd)
- 16 **Beroepsrol** (het functioneren in het dagelijks werk, bijv. het aanpassen aan de dagelijkse routine, gevraagde inzet, omgang met collega's. Hiermee wordt ook huishoudelijk werk bedoeld)
- 17 **Gezin/familierol** (het onderhouden van een emotionele band met gezins/familieleden, taken op zich nemen die belangrijk zijn voor het functioneren van het gezin/groep, bijdragen aan de sfeer in het gezin of anderen met wie men samenwoont/leeft)

15. Prioriteit

Kunt u de bij vraag 14 aangegeven behandeldoelen in volgorde van belangrijkheid zetten?
(u kunt hiervoor gebruik maken van de nummering van de behandeldoelen bij vraag 14)

Prioriteit 1:
Prioriteit 2:
Prioriteit 3:

16. Uitgangspunten

Welke uitgangspunten staan centraal bij de behandeling van deze cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Onderhoud/behoud (onderhouden van bestaande functies, vaardigheden en activiteiten)
- Ontwikkelen (ontwikkelen van (nieuwe) functies, vaardigheden en activiteiten)
- Herstel (het verbeteren van (bestaande) functies, vaardigheden en activiteiten)
- Aanpassen omgeving (m.b.v. hulpmiddelen/ woningaanpassingen het zelfstandig functioneren optimaliseren)
- Preventie (voorkómen van het ontstaan van stoornissen en beperkingen middels bijvoorbeeld leefregels)

17. Interventie/ verrichtingen

Wat zijn de belangrijkste interventies die u gebruikt tijdens de behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ergotherapeutische diagnostiek
- Advies/instructie aan cliënt
- Advies/instructie aan derden
- Advies/aanvraag hulpmiddelen ten laste van ZFW (ziekenfondswet) of cliënt
- Trainen/oefenen van activiteiten
- Trainen/oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen
- Functietraining/ sensomotorische training
- Overig, namelijk

18. WVG-voorzieningen

Hebben er ten laste van de behandeling in het kader van EEE werkzaamheden plaatsgevonden met betrekking tot WVG-voorzieningen (woon-, vervoers-, en rolstoelvoorzieningen)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, namelijk inventarisatie van de mogelijkheid/noodzaak tot aanvraag WVG-voorziening
- Ja, namelijk training WVG-voorziening
- Ja, namelijk advisering en training
- Nee

19. Standaarden

Welke van de onderstaande NVE-behandelstandaard(en) is van toepassing op de behandeling van de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Niet van toepassing
 - Standaard Ergotherapeutische diagnostiek ten behoeve van de advisering van zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encephalopathie
 - Standaard Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met Trippelfunctie
 - Standaard Ergotherapeutische adviesrapportage Sta-op-stoel
 - Standaard WVG advisering door ergotherapeuten
 - Standaard Ergotherapeutische registratielijst voor een ADL-zelf-verzorgingsobservatie
 - Standaard Ergotherapeutische adviesrapportage rollator
 - Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten
 - Standaard Ergotherapie en advisering van hulpmiddelen en voorzieningen
 - Standaard Ergotherapeutische behandeling van cliënten met ALS (Amyotrofische Lateraal Sclerose)
 - Anders, namelijk
-

20. Behandelingsduur

Wat is de datum waarop de cliënt verwezen is?

.....-.....-..... (dag - maand - jaar)

Wat was de datum van de eerste behandeling?

.....-.....-..... (dag - maand - jaar)

Wat is het aantal uren dat voor de behandeling van deze cliënt wordt vergoed?

10 uur

5 uur

anders namelijk,

Is naar verwachting het maximum aantal uren dat vergoed wordt voor de cliënt voldoende?

Nee

Ja

Weet niet

21. Plaats van behandeling

Waar vindt het merendeel van de behandeling van de cliënt plaats?

Thuis (bij cliënt)

In praktijk (van ergotherapeut)

In instelling (bv. op afdeling ergotherapie)

Anders, namelijk

LET OP: DEZE VRAAG HEEFT ALLEEN BETREKKING OP DE REGISTRATIE-PERIODE!

22. Tijdsbesteding (zie toelichting)

Hoeveel bedroeg de reistijd en de contacttijd per behandeling (zitting) tijdens de registratie periode?

Behandeling (zitting)	Reistijd (minuten)	Contacttijd (kwartieren)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Hoeveel bedroeg de tijdens de registratieperiode bestede overige cliëntgebonden tijd?
(zie toelichting)

..... uur en minuten

Indien u nog opmerkingen heeft over EEE, of over dit registratieformulier, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van dit registratieformulier.

BIJLAGE 4

VRAGENLIJST INKOOPMANAGERS ENKELVOUDIGE EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE (EEE) EN EXTRAMURALE LOGOPEDIE

Naam zorgverzekeraar:

Algemeen

1. Hoeveel ziekenfondsverzekerden zijn bij u verzekerd?
.....ziekenfondsverzekerden

ENKELVOUDIGE EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

Budget voor ziekenfondsverzekerden

2. Wat is het aantal verrichtingseenheden (kwartieren) EEE dat u in 2001 en 2002 heeft gecontracteerd?
2001:
2002:
3. Hoeveel verrichtingseenheden (kwartieren) EEE zijn in 2001 vergoed?
.....
4. Heeft u naar uw mening voldoende EEE kunnen contracteren?
 ja
 nee
5. Op basis waarvan wordt de behoefte aan EEE bepaald?
.....
.....
.....

Contracteerbeleid

6. Met welke ergotherapeuten/instellingen heeft u in 2002 een contract voor EEE? (meerdere antwoorden mogelijk)
 verpleeghuizen
 revalidatiecentra
 ziekenhuizen (algemeen en academisch)
 psychiatrische instellingen
 thuiszorg/kruiswerk
 vrijgevestigde praktijken
 anders, nl
7. Met hoeveel vrijgevestigde ergotherapeuten en/of instellingen heeft u in 2002 een contract voor EEE?
.....vrijgevestigde ergotherapeuten
.....instellingen
8. Is er voorkeur voor het aangaan van contracten met instellingen dan wel met vrijgevestigde ergotherapeuten?
 ja, voorkeur voor instellingen
 ja, voorkeur voor vrijgevestigde ergotherapeuten
 nee (ga naar vraag 10)

9. Wat is de reden van deze voorkeur?

10. Worden instellingen die EEE verlenen wel eens geweigerd voor het afsluiten van een contract?
 ja
 nee (ga naar vraag 12)
11. Wat is/ zijn de reden(en) voor het niet afsluiten van een contract met een instelling? (meerdere antwoorden mogelijk)
 de instelling bevindt zich buiten de regio
 er zijn al genoeg gecontracteerde ergotherapeuten in de regio
 er worden contracten met vrijgevestigden geprefereerd
 er wordt pas een contract afgesloten als er één of meerdere cliënten zijn
 de instelling voldoet niet aan de voorwaarden .m.b.t. inrichtingseisen en verslaglegging
 anders, nl
12. Worden vrijgevestigde ergotherapeuten die EEE verlenen wel eens geweigerd voor het afsluiten van een contract?
 ja
 nee (ga naar vraag 14)
13. Wat is/ zijn de reden(en) voor het niet afsluiten van een contract met een vrijgevestigde ergotherapeut? (meerdere antwoorden mogelijk)
 de ergotherapeut bevindt zich buiten de regio
 er zijn al genoeg gecontracteerde ergotherapeuten in de regio
 er worden contracten met instellingen geprefereerd
 er wordt pas een contract afgesloten als er één of meerdere cliënten zijn
 de ergotherapeut voldoet niet aan de voorwaarden .m.b.t. inrichtingseisen en verslaglegging
 anders, nl
14. Worden van uw kant wel eens contracten beëindigd?
 ja
 nee (ga naar vraag 16)
15. Wat zijn de redenen voor het beëindigen van een contract?

16. Hanteert u contracten met een gefixeerd volume of laat u het volume vrij?
 altijd contracten met een gefixeerd volume
 zowel contracten met een gefixeerd volume als contracten zonder gefixeerd volume
 altijd contracten zonder gefixeerd volume (ga naar vraag 20)
17. Op basis waarvan wordt het gefixeerde volume bepaald?

18. Wordt het gefixeerde volume wel eens overschreden?
 ja
 nee (ga naar vraag 20)
19. Welk beleid wordt gehanteerd bij de overschrijding van het volume?

.....

20. Gebruikt u ook andere methoden om de kosten te beheersen?
- ja, namelijk
 - nee

21. Wat is uw werkwijze als een ergotherapeut/instelling een declaratie indient terwijl deze geen contract met u heeft?
-
-
-

Het tarief voor ergotherapeuten die vanuit instellingen werken is vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Het tarief voor vrijgevestigde ergotherapeuten is vrij en wordt vastgesteld in het contract tussen ergotherapeut en zorgverzekeraar.

22. Welk tarief wordt gehanteerd voor een verrichtingseenheid/kwartier door vrijgevestigde ergotherapeuten die EEE verlenen?
- WTG / CTG-tarief
 - anders, nl

23. Welk tarief wordt gehanteerd als toeslag voor een huisbezoek door vrijgevestigde ergotherapeuten die EEE verlenen?
- WTG / CTG-tarief
 - anders, nl

24. Wordt er wel eens onderhandeld over de tarieven?
- ja
 - nee

Inhoud van de contracten

25. Maakt u gebruik van standaardcontracten?
- ja
 - nee

26. Welke van de volgende aspecten maken deel uit van de contracten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- cliëntcategorieën en/of stoorissen die uitgesloten zijn van EEE
 - regio/werkgebied waarin EEE verleend mag worden
 - beperking van het aantal huisbezoeken
 - minimum aantal behandelingen per jaar, namelijk

27. Indien er in de contracten afspraken staan over de naleving van het kwaliteitsbeleid van de NVE, welke onderwerpen maken daar dan deel van uit? (meerdere antwoorden mogelijk)
- niet van toepassing
 - naleving regels voor verslaglegging
 - naleving standaarden / richtlijnen
 - opstellen kwaliteitsjaarverslag
 - deskundigheidsbevordering
 - deelname aan intercollegiale toetsing / visitatie
 - deelname aan regionaal overleg
 - inschrijving in het basisregister (kwaliteitsregister)
 - anders, nl

28. Stelt u nog andere kwaliteitseisen die niet deel uitmaken van het kwaliteitsbeleid van de NVE?
- ja, namelijk
 - nee

Knelpunten

29. Ontvangt u weleens klachten van (mogelijke) cliënten van EEE?
 ja
 nee (ga naar vraag 32)
30. Welke klachten van (mogelijke) cliënten van EEE heeft u ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)
 a. cliënten komen op een wachtlijst
 b. cliënten kunnen geen geschikte ergotherapeut vinden die een contract met de verzekeraar heeft afgesloten
 c. er is geen ergotherapeut die EEE verleent in de buurt
 d. cliënten weten niet waar ze een ergotherapeut kunnen vinden
 e. de vergoeding van 10 uur wordt te beperkt gevonden
 f. klachten met betrekking tot de afbakening met de WVG-advisering
 g. anders, nl
31. Welke van de bij vraag 30 genoemde klachten komen het meest voor? (a, b, c, etc.)
.....
32. Ontvangt u weleens klachten van ergotherapeuten/instellingen die EEE verlenen?
 ja
 nee (ga naar vraag 35)
33. Welke klachten ontvangt u van ergotherapeuten/ instellingen die EEE verlenen? (meerdere antwoorden mogelijk)
 a. ergotherapeuten/instellingen vinden het toegekende volume voor EEE te laag
 b. ergotherapeuten/instellingen hebben een wachtlijst voor EEE
 c. ergotherapeuten/instellingen willen een contract, terwijl ze daar niet voor in aanmerking komen
 d. ergotherapeuten/instellingen vinden het tarief voor een verrichtingseenheid te laag
 e. ergotherapeuten/instellingen vinden dat met de verhouding contacttijd / overige tijd van 3:1 de overige tijd onvoldoende wordt vergoed
 f. ergotherapeuten/instellingen vinden dat de overige tijd apart gedeclareerd moet kunnen worden
 g. ergotherapeuten/instellingen vinden dat met de tarieven de kosten voor overhead (materialen, computer, inrichting etcetera) onvoldoende gedekt worden
 h. ergotherapeuten/instellingen vinden de toeslag voor een huisbezoek te laag
 i. ergotherapeuten/instellingen vinden dat de vergoedingen voor de declaraties te laat worden uitgekeerd
 j. ergotherapeuten/instellingen zijn het niet eens met de aparte voorwaarden die door de zorgverzekeraar gesteld worden
 k. anders, nl
34. Welke van de bij vraag 33 genoemde klachten komen het meest voor? (a, b, c, etc.)
.....
35. Welke knelpunten ervaart u bij het inkopen en contracteren van EEE? (meerdere antwoorden mogelijk)
 geen
 er zijn te weinig ergotherapeuten/instellingen die voor een contract in aanmerking komen
 er zijn te veel ergotherapeuten/instellingen die voor een contract in aanmerking komen
 er zijn lange wachtlijsten voor EEE
 anders, nl

Informatieverstrekking

36. Informeert u verzekerden over de mogelijkheden van EEE? Zo ja, op welke wijze?

.....
.....