



Divisie Beweging en Gezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
info-B&G@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/B&G 2003.338

**Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
Oefentherapie Mensendieck**

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

04 MEI 2004

Datum	April 2004	
Auteur(s)	M.W.A. Jongert W.T.M. Ooijendijk K. van Overbeek	Postbus 2215 2301 CE LEIDEN
Aantal pagina's	51	Stamboeknummer
Aantal bijlagen	2	18.916
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	
Projectnummer	011.70006	

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

© 2004 TNO

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

Projectnummer
011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2003.338 .

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Eerstelijns Mensendieck in beeld.....	8
2.1	Achtergrondinformatie	8
2.2	De Regeling (oefentherapie in de eerste lijn).....	10
2.3	Aantal beroepsbeoefenaars.....	11
2.4	De opleiding	12
2.5	De Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM).....	12
2.6	Ontwikkelingen m.b.t. oefentherapie in de eerste lijn.....	12
2.7	Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid.....	13
2.8	Leeswijzer	14
3	Werkwijze.....	15
3.1	Opzet haalbaarheidsstudie.....	15
3.2	Definitie 'Directe toegankelijkheid'	16
4	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	17
4.1	Inleiding	17
4.2	Houding van landelijke koepel tegenover directe toegankelijkheid.....	17
4.3	Houding van regio's tegenover directe toegankelijkheid.....	18
4.4	Houding van andere partijen tegenover directe toegankelijkheid	19
4.5	Voor- en nadelen	21
4.6	Mogelijke invalshoek proefproject.....	22
5	Kwaliteitseisen oefentherapeuten	23
5.1	Inleiding	23
5.2	Kwaliteitsbeleid NVOM	23
5.3	Huidige kwaliteitseisen	26
5.4	Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.....	28
5.5	Specifieke kwaliteitseisen die voortkomen uit directe toegankelijkheid.....	29
5.6	Verantwoordelijkheid.....	29
6	Communicatie en registratie relevante gegevens.....	30
6.1	Inleiding	30
6.2	Communicatie oefentherapeut-patiënt	30
6.3	Communicatie huisarts-oefentherapeut.....	31
6.4	Communicatie oefentherapeut-huisarts-zorgverzekeraar	32
7	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	34
7.1	Inleiding	34
7.2	Huidige situatie	35
7.3	Toekomstige situatie	37
7.4	Standpuntbepaling uitvoerend niveau	39
7.5	Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck	39
7.6	Bijscholing	40
7.7	Rapportage naar de huisarts	41
7.8	Draagvlak eventueel proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck	41

8	Randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	43
8.1	Inleiding	43
8.2	Overige randvoorwaarden c.q. aandachtspunten die in de landelijke interviews naar voren kwamen	43
9	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	45
9.1	Inleiding	45
9.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	45
9.3	Kwaliteitseisen oefentherapeuten-Mensendieck	46
9.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	46
9.5	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	47
9.6	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	47
10	Literatuur	48
	Bijlage(n)	
	A Vragenlijst regionaal niveau	
	B Vragenlijst uitvoerend niveau	

1 Inleiding

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

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

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

De voordelen van een directe toegankelijkheid zijn onder meer:

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

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

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

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

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

Directe toegankelijkheid in de eerste lijn

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

Doel haalbaarheidsstudie

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

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

ad 1

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

ad 2

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

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

ad 3

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

ad 4

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

ad 5

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

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

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

2 Eerstelijns Mensendieck in beeld

2.1 Achtergrondinformatie

Wat is oefentherapie-Mensendieck?

Oefentherapie-Mensendieck richt zich op lichaamshoudingen en de manier van bewegen. Bij patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat richt de aandacht zich niet alleen op de klacht, maar het gehele lichaam wordt bekeken. De oefentherapeut geeft de patiënt inzicht in gewoontehoudingen en wat daaraan verbeterd kan worden. Door de patiënt hiervan zelf bewust te maken wordt getracht de patiënt zelf te leren de klachten te verminderen.

Bij het veranderen van de gewoontehoudingen betreft de oefentherapeut de dagelijkse omstandigheden waarin de patiënt beweegt, zowel thuis als op het werk. De oefentherapeut leert de patiënt op de beste manier te bewegen in veel voorkomende situaties. De oefentherapeut-Mensendieck kan hierbij gebruik maken van spiegels. Door het gebruik van de spiegels kunnen patiënten naar zichzelf kijken tijdens het bewegen, zitten en staan. De effecten van de houdingscorrigerende aanwijzingen zijn dan direct zichtbaar. Daarnaast moet de patiënt de oefeningen van de oefentherapeut thuis of op het werk herhalen.

Doordat de patiënt zich steeds bewuster wordt van de oorzaak van klachten en de manier waarop hij/zij het beste kan bewegen zal de patiënt vaker automatisch voor een goede houding en een meer gezonde manier van bewegen kiezen. Hiermee is de patiënt uiteindelijk zelf degene die de klachten kan verhelpen of verminderen.

Veel oefentherapeuten geven voorlichting en cursussen binnen bedrijven of op scholen over de manier waarop mensen het beste kunnen bewegen en of zitten.

Ontspanning is ook een belangrijk aandachtspunt van de Oefentherapeuten Mensendieck. Te veel spanning in het lichaam kan tot allerlei klachten leiden. Ontspannen is dan een voor de hand liggende oplossing maar dat is voor veel patiënten erg moeilijk. Bij het ontspannen is de ademhaling een belangrijk aangrijpingspunt van de oefentherapie-Mensendieck. Ademoefeningen worden hierbij gecombineerd met spierontspannende oefeningen en houdingscorrigerende oefeningen. Hierdoor kunnen niet alleen patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat maar ook patiënten met ademklachten zoals hyperventilatie, astma en COPD en mensen met ontspanningsklachten baat hebben bij oefentherapie Mensendieck.

Tenslotte verzorgen oefentherapeuten-Mensendieck de begeleiding van zwangere vrouwen. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan de houding en manier van bewegen tijdens de zwangerschap.

Oefentherapie Mensendieck kent geen officiële specialisaties, wel interessegebieden.

Achtergronden behandelingen oefentherapie-Mensendieck

Om actuele informatie te kunnen leveren over wat paramedici precies doen heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) het Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ) opgezet. Het LIPZ project is uitgevoerd in opdracht van het CVZ.

LIPZ is een samenwerkingsverband van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM), de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ), het Ministerie van Volksgezondheid

Welzijn en Sport (Ministerie van VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Nivel. LIPZ wordt gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen.

De gegevens die verzameld worden betreffen basiscijfers over:

- welke categorieën van patiënten gebruik maken van paramedische zorg (patiëntkenmerken);
- welke factoren de vraag naar paramedische zorg bepalen (verwijzer en reden van de verwijzing);
- kenmerken van het gezondheidsprobleem en de beroepsinhoudelijke definiëring daarvan;
- aspecten van het behandelplan en de omvang van de geleverde zorg;
- doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling.

Het eerste jaarboek LIPZ van het NIVEL is begin maart 2003 openbaar geworden. Deelnemers van het landelijk netwerk leveren elke maand geautomatiseerd gegevens aan over patiënten die behandeld zijn. Het netwerk bestaat uit 106 fysiotherapeuten, 30 oefentherapeuten Cesar en 26 oefentherapeuten-Mensendieck.

Van 2.031 ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling oefentherapie-Mensendieck zijn gegevens verzameld. De gemiddelde registratieperiode van de praktijken bedraagt 11.8 maanden.

Gebleken is dat circa 75 % van de patiënten die behandeld worden door oefentherapeuten- Mensendieck vrouwen zijn, 25 % van de patiënten is jonger dan 25 jaar, 70 % van de patiënten is tussen de 25 en 65 jaar en circa 5 % van de patiënten is boven de 65 jaar.

Patiënten die langdurig onder behandeling zijn, zijn vaker dan de overige patiënten van het vrouwelijke geslacht en iets ouder.

In het onderzoek is onderscheid gemaakt tussen patiënten met een beperkte behandelduur (waarvan de behandeling is afgerond) en patiënten met een langdurige behandeling.

De patiënten die verwezen worden naar een oefentherapeut-Mensendieck worden meestal door een huisarts verwezen (84,4 %). Bij verwijzing door een medisch specialist betreft het meestal een neuroloog, orthopeed of reumatoloog. Patiënten met een langdurige behandelperiode worden relatief vaker doorverwezen door een medisch specialist. Dit kan verklaard worden doordat één van de criteria om in aanmerking te komen voor langdurige of intermitterende therapie is, dat de verwijzing door een medisch specialist gedaan is. De verwijsdiagnosen hebben bij de verwezen patiënten over het algemeen betrekking op het bewegingsapparaat, met name op de lumbale en cervicale wervelkolom, respectievelijk 44,4% en 16,3%. In deze groep komt lage rugpijn (zonder uitstraling) het meeste voor, namelijk 21%, rugklachten (algemeen) 18% en hyperventilatie (5,3%) komen ook frequent voor.

Bij de patiënten met een langdurige behandelperiode komt "symptomen/ klachten lage rug" het meest voor als verwijsdiagnose.

Wanneer gekeken wordt naar de beroepsspecifieke diagnosecode, het kernprobleem, dan blijkt dat bij de patiënten (met een beperkte behandelduur) de kernproblemen schoudergordelproblematiek, inclusief nek, cervicale wervelkolom, hoofd en hals, het meest voorkomt (ca. 25%). Dit zelfde kernprobleem wordt ook bij patiënten met een langdurige behandelduur het meest genoemd, echter iets minder frequent (21,6%). Binnen deze groep komen daarnaast thoracale problematiek (12,2%), lage rugpijn met uitstraling (11,5 %) en totale wervelkolom problematiek (11,5%) relatief vaak voor.

Het gemiddelde aantal zittingen voor patiënten met een afgeronde behandeling bedraagt 9,4 ($\pm 5,3$). Slechts 0,6% van deze patiënten heeft een consult gehad.

Bij 10% van deze patiënten bestaat de behandeling uit 1-3 behandelingen.

Bij circa 90% van de patiënten met een afgeronde behandeling wordt de behandelingsperiode binnen 6 maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. Bij 5,6% van de groep patiënten met een afgeronde behandeling bestaat de behandelingsperiode uit meer dan 18 behandelingen.

De verschillen in het gemiddelde aantal zittingen per verwijsdiagnose zijn gering. Het gemiddelde aantal zittingen loopt uiteen van 7,4 ($\pm 4,4$) voor functiebeperking/handelingen tgv zwangerschap tot 11,5 ($\pm 6,3$) voor lage rugpijn met uitstraling.

Patiënten met een afgeronde behandeling hebben een gemiddelde behandelduur per behandelingsperiode van 12,7 ($\pm 8,8$) weken. De behandelduur van patiënten met een langdurige behandelduur is 32,1 ($\pm 6,2$) weken.

De behandelduur voor de 10 meest voorkomende verwijsdiagnosen loopt uiteen van 9,3 ($\pm 7,3$) weken voor functiebeperking/handelingen t.g.v. zwangerschap tot 14,6 ($\pm 8,4$) weken voor syndromen cervicale wervelkolom.

Het allergrootste deel van de behandelingen oefentherapie-Mensendieck wordt gedeclareerd als "reguliere zitting zonder toeslag", ruim 3% wordt gedeclareerd met toeslag voor uitbehandeling. Behandelingen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode worden vaker (10,4%) met toeslag "uitbehandeling" gedeclareerd. Groepsbehandelingen worden niet vaak gedeclareerd.

Zeer recent heeft de Gezondheidsraad een rapport uitgebracht over de effectiviteit van oefentherapie (Gezondheidsraad, 2003). Het rapport van de gezondheidsraad is geschreven omdat tot op heden nog onduidelijk was, bij welke klachten oefentherapie bewezen effectief was, bij welke klachten niet effectief en bij welke aandoeningen er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs was om een oordeel te vellen over de effectiviteit. Veel Nederlanders met lichamelijke klachten kunnen zich in het dagelijkse leven beter redden wanneer ze oefentherapie krijgen.

Oefentherapie wordt in Nederland steeds vaker voorgeschreven; het aantal verwijzingen is in de afgelopen 20 jaar toegenomen. De belangrijkste conclusies van het rapport zijn:

- Er zijn geen studies gevonden waarin is aangetoond dat oefentherapie schadelijk is;
- Oefentherapie is bewezen effectief bij patiënten met cystic fibrosis, COPD, claudicatio intermittens, artrose van de knie, en subacute en chronische lage rugklachten. Bij deze aandoeningen is het volgens de commissie terecht dat patiënten hiervoor vaak een verwijzing oefentherapie krijgen;
- Er zijn aanwijzingen dat oefentherapie effectief is bij patiënten met de ziekte van Parkinson, de ziekte van Bechterew, artrose van de heup en bij patiënten die een CVA hebben gehad. Bij deze aandoeningen is het volgens de commissie terecht dat patiënten hiervoor vaak een verwijzing oefentherapie krijgen;
- Voor patiënten met acute lage rugklachten is oefentherapie niet effectief. Oefentherapie zou volgens de commissie niet aan deze patiënten moeten worden voorgeschreven. Overigens is het wel goed dat patiënten met acute lage rugklachten actief blijven.
- Onduidelijk is of oefentherapie helpt bij reumatoïde artritis, schouderklachten, nekklachten, RSI, astma en bronchiëctasieën. Voor behandeling van deze aandoeningen is er onvoldoende wetenschappelijke evidentie. Gezien de veelal gunstige effecten van oefentherapie adviseert de commissie het onderzoek naar de effectiviteit van oefentherapie bij deze aandoeningen te intensiveren.

2.2 De Regeling (oefentherapie in de eerste lijn)

Oefentherapie-Mensendieck is een paramedisch beroep, dat is opgenomen in het ziekenfonds, en wordt vergoed door alle ziektekostenverzekeraars. Het beroep valt

onder de wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Momenteel is het nog zo dat oefentherapeuten-Mensendieck behandelen op doorverwijzing van een arts. Oefentherapie-Mensendieck wordt gegeven in de praktijkruimte van de oefentherapeut of - indien noodzakelijk - bij de patiënt thuis.

Een individuele behandeling oefentherapie-Mensendieck op verwijzing van een arts duurt gemiddeld 35 minuten en kost maximaal € 22,90 als de behandeling in een praktijk wordt gegeven.

Als een arts dit nodig vindt, kan de behandeling bij de patiënt thuis plaatsvinden. Dan is het maximum tarief oefentherapie-Mensendieck € 37,00. De eerste 9 behandelingen per diagnose per jaar worden in principe door alle ziekenfondsen vergoed. In aanvullende verzekeringen wordt doorgaans voorzien in 9 aanvullende behandelingen. Bij de meeste particuliere ziektekostenverzekeringen is dit ook het geval.

Wanneer de verwijzend arts er niet zeker van is of oefentherapie-Mensendieck de aangewezen therapie is, dan kan deze de patiënt voor een éénmalig consult naar een oefentherapeut-Mensendieck verwijzen. Een onderzoek van ongeveer 35 minuten plus een schriftelijke rapportage aan de verwijzend arts kost momenteel € 38,30. Dit bedrag wordt zowel door ziekenfondsen als particuliere ziektekostenverzekeraars vergoed.

Sinds kort is ook de groepsbehandeling onderdeel van de ziekenfondsverstrekking. Wel is het hiervoor nodig dat de oefentherapeut-Mensendieck aanvullende afspraken heeft gemaakt met het ziekenfonds. Onder bepaalde voorwaarden en in overleg met de oefentherapeut-Mensendieck en de patiënt zelf kan een verwijzend arts dan een patiënt voor groepsbehandeling verwijzen, waarvan de kosten door het ziekenfonds vergoed kunnen worden. Het tarief voor deze groepsbehandeling is maximaal € 9,60 per uur per patiënt.

Het verzekerd pakket in de AWBZ en het ziekenfonds zal met ingang van 1 januari 2004 worden verkleind. Oefentherapie-Mensendieck gaat uit het ziekenfondspakket en zal in een aanvullende verzekering worden ondergebracht. De consequenties voor de directe toegankelijkheid zijn nog niet exact vast te stellen.

2.3 Aantal beroepsbeoefenaars

In Nederland zijn circa 945 oefentherapeuten Mensendieck werkzaam. Verreweg het grootste deel is vrouw (93%) (NIVEL, peiling 2002).

De gemiddelde leeftijd van de oefentherapeuten Mensendieck is 40 jaar, 40 jaar voor vrouwen en 39 jaar voor mannen. Ruim 50 % (53 %) is jonger dan 40 jaar, slechts 10 % is ouder dan 55 jaar.

Circa 90 % is werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk, ongeveer 5 % werkt in een instelling en 5 % werkt zowel in een vrijgevestigde praktijk als in een instelling.

Er zijn 533 praktijkadressen. In de meeste praktijken werkt slechts één oefentherapeut (72 %), in 21 % van de praktijken werken 2 oefentherapeuten en in 5,4 % van de praktijken werken 3 oefentherapeuten. Meer dan 3 oefentherapeuten per adres komen vrijwel niet voor (2,1%).

Praktijkhouders werken gemiddeld 29,8 uur per week, mannen gemiddeld 37,8 uur en vrouwen gemiddeld 29,3 uur.

Werknemers in loondienst van een zelfstandig gevestigde praktijk werken gemiddeld 23,3 uur per week, mannen gemiddeld 29 uur en vrouwen gemiddeld 23,1 uur.

Werknemers in loondienst van een instelling werken gemiddeld 24,8 uur per week, mannen gemiddeld 23,6 uur en vrouwen gemiddeld 23,5 uur.

Het aantal inwoners per 1 fte van de oefentherapeuten Mensendieck bedraagt 35.412. In de regio's Amsterdam en Kennemerland / Haarlemmermeer ligt het aantal inwoners per fte oefentherapeut Mensendieck lager dan in andere delen van Nederland; hier zijn

relatief veel oefentherapeuten Mensendieck werkzaam. In de regio's Groningen, Midden Brabant of regio Zuid-Oost Brabant zijn aanzienlijk minder oefentherapeuten mensendieck werkzaam.

2.4 De opleiding

Per 1 september 2003 is de opleidingsduur van de opleiding oefentherapie-Mensendieck verlengd van 3 naar 4 jaar. Er is in Nederland één opleiding voor oefentherapie Mensendieck aan de Hogeschool van Amsterdam. Gewenste vooropleidingen zijn VWO, HAVO of MBO niveau 4.

De opleiding omvat 2 studiefasen, de propedeuse en de hoofdfase. De hoofdfase bestaat uit het 2e en 3e studiejaar en het afstudeerjaar. Het totale aantal studiebelastingsuren tijdens de opleiding bedraagt 6720 uren.

De opleiding Oefentherapie-Mensendieck werkt met opdrachtgericht onderwijs. Dat wil zeggen dat er in de opleiding wordt uitgegaan van actuele praktijksituaties.

2.5 De Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)

De Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) is de beroepsorganisatie van oefentherapeuten-Mensendieck. De NVOM is opgericht in 1928; de vereniging bestaat 75 jaar.

Als vereniging van oefentherapeuten-Mensendieck streeft de NVOM er naar de eigenheid van het product oefentherapie te bewaren en tegelijkertijd in de verdere ontwikkeling van het product oefentherapie aan te sluiten bij maatschappelijke en demografische ontwikkelingen.

Van de 1300 geregistreerde oefentherapeuten Mensendieck zijn er circa 1100 lid van de NVOM. De NVOM kent een organisatie in 23 regio's conform de LHV regio's.

De NVOM bestaat uit een algemeen bestuur, regiovertegenwoordigers, commissies en projectgroepen. Het bestuur bepaalt het beleid en ziet erop toe dat dit wordt uitgevoerd. De drie hoofdlijnen van het beleid van de NVOM zijn ondernemerschap, kwaliteit en communicatie.

Regiovertegenwoordigers dragen zorg voor het contact tussen de leden en het bestuur en dragen zorg voor de regionale kwaliteitsbevordering. Er zijn diverse projectgroepen werkzaam binnen de NVOM, o.a. Preventie, Bedrijfsoefentherapie, Educatie, Wetenschappelijke profilering, Kwaliteit, Marketing en PR en de redactie van het NVOM tijdschrift.

Het Nederlands Tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck informeert leden en belangstellenden over relevante ontwikkelingen in de (paramedische) beroepsuitoefening en gezondheidszorg.

De NVOM is aangesloten bij de International Association of Mensendieck Teachers, Therapists and Educations (I.A.M.T.T.E.), met zuster organisaties in Noorwegen, Zweden en Denemarken.

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

Voorstellen tot aanpassing van het tarief werden in 2002 door VWS niet gehonoreerd. Het CTG heeft in 2002 de herijking van de tarieven in gang gezet. KPMG heeft opdracht gekregen onderzoek te doen naar de oude tariefstructuur en met adviezen te komen voor een herijking daarvan. Voorgesteld is het Functie Waarderingsstelsel in de Gezondheidszorg (FWG) als uitgangspunt te nemen. Alle paramedici zullen worden

ingeschaald op hetzelfde niveau (FWG 55). Het ministerie van VWS heeft het voorstel tot aanpassing van inkomens nog niet in behandeling genomen.

Het ministerie van VWS heeft KPMG/BEA (Bureau voor Economische Argumentatie) deelmarktonderzoeken laten uitvoeren. Doel van deze onderzoeken was om te bekijken of een bepaalde sector geschikt is voor marktwerking en eventuele opheffing van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Conclusie van het rapport was dat er geen sprake is van marktwerking en dat er een aantal belemmeringen is voor een eventuele (verdere) introductie van marktwerking. Het gaat daarbij vooral om het belang van de zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg in te kopen, de intransparantie van de markt en de specificiteerbaarheid van de contracten (jaarverslag NVOM, 2002).

Oefentherapie-Mensendieck gaat per 1 januari 2004 uit het ziekenfondspakket. Ziektekostenverzekeraars gaan oefentherapie aanbieden in het aanvullende pakket. Misschien dat de diverse verzekeraars verschillende regelingen kunnen treffen met betrekking tot directe toegankelijkheid. Overleg is nog gaande om mogelijk het eerste consult nog binnen het ziekenfondspakket te laten vallen.

Er is momenteel nog een discussie gaande of als gevolg van dit beleid de tarieven moeten worden vrijgegeven of dat de huidige tariefstructuur blijft gehandhaafd. De meningen hierover verschillen.

Er is intensief overleg gaande met de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) over verregaande samenwerking op gebied van:

- belangenbehartiging;
- naamsbekendheid en herkenbaarheid;
- kwaliteitsbeleid;
- informatievoorziening aan de leden;

De samenwerking moet leiden tot een organisatie met een grotere achterban en een vermindering van de overhead(kosten). Eind 2002 is er een plan van aanpak opgesteld, waarin globaal en systematisch staat beschreven welke stappen gezet gaan worden om de samenwerking tussen de VBC en de NVOM verder vorm te geven.

Inzake de standpuntbepaling ten aanzien van directe toegankelijkheid oefentherapie is er ook onderling overleg en afstemming in de standpunten van de NVOM en de VBC geweest.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden van directe toegankelijkheid fysiotherapie. Na overleg van CVZ en NVOM is toegezegd dat een dergelijke studie en mogelijk experiment ook worden uitgevoerd voor andere paramedici waaronder oefentherapeuten-Mensendieck. Het huidige onderzoek komt voort uit deze belofte.

De NVOM vindt het jammer dat het onderzoek naar de mogelijkheden voor directe toegankelijkheid voor oefentherapie-Mensendieck niet tegelijkertijd heeft plaatsgevonden met het onderzoek voor vrije toegankelijkheid fysiotherapie.

2.7 Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid

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

De hoofddoelstelling is voor oefentherapie-Mensendieck geoperationaliseerd in de volgende deelvragen:

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

De onderstaande rapportage heeft uitsluitend betrekking op oefentherapeuten die oefentherapie-Mensendieck in de eerste lijn leveren die onder de ziekenfondswet valt.

2.8 Leeswijzer

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

3 Werkwijze

3.1 Opzet haalbaarheidsstudie

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van directe toegankelijkheid van oefentherapeuten-Mensendieck in de eerste lijn is op drie niveaus informatie verzameld, namelijk:

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

Landelijk niveau

Op landelijk niveau zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de koepelorganisatie van oefentherapeuten Mensendieck, de Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM), en andere relevante partijen zoals het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de landelijke huisartsenvereniging, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. In het onderstaande kader is aangegeven welke aandachtspunten er gedurende het gesprek met de koepelorganisatie van oefentherapeuten Mensendieck aan de orde gesteld werden. Tijdens het interview is tevens gevraagd naar achtergronddocumenten en relevante beelddocumenten.

Gesprekspunten interview met vertegenwoordigers van de landelijke organisatie

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

Regionaal niveau

Op regionaal niveau zijn 8 contactpersonen benaderd. Deze regionale contactpersonen staan op de site van de NVOM vermeld. Het merendeel is met een elektronische vragenlijst via de mail benaderd. De vragenlijst gaat onder meer over de

standpuntbepaling t.a.v. directe toegankelijkheid, of er reeds initiatieven zijn in de regio die nu al richting directe toegankelijkheid van oefentherapie gaan en of men eventueel geïnteresseerd is in deelname aan een proefproject. Tevens werd gevraagd of men een voorkeur heeft voor een specifieke vorm van de proefprojecten en welke praktische zaken goed geregeld moeten worden voor het opzetten van een eventueel proefproject (Zie Bijlage A).

Individuele oefentherapeuten Mensendieck

Op uitvoerend niveau zijn 200 schriftelijke enquêtes verstuurd (Zie bijlage B). De respondenten konden deze vragenlijst retourneren door gebruik te maken van de antwoordenvolp.

3.2 Definitie ‘Directe toegankelijkheid’

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

“De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijsbrief uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns oefentherapeut-Mensendieck”.

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

4 Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste vraag van de haalbaarheidsstudie toegespitst op de oefentherapie-Mensendieck, namelijk: *Is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de oefentherapie-Mensendieck zonder verwijzing van de (huis)arts ?*

De landelijke organisaties betreffen de koepelorganisatie van oefentherapeuten Mensendieck, de VCB, de landelijke huisartsenvereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland en het Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF). Aansluitend worden de voor- en nadelen van een direct toegankelijke oefentherapie overzichtelijk weergegeven. Tot slot wordt een invalshoek voor een mogelijk proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie besproken.

4.2 Houding van landelijke koepel tegenover directe toegankelijkheid

Wenselijkheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck

De NVOM acht het wenselijk oefentherapie-Mensendieck (gedeeltelijk) direct toegankelijk te maken. Bij invoering van directe toegankelijkheid vindt de NVOM volledige directe toegankelijkheid niet wenselijk. De NVOM vindt het niet wenselijk dat de directe toegankelijkheid verplicht wordt opgelegd aan oefentherapeuten-Mensendieck. De individuele oefentherapeut moet vrijelijk kunnen kiezen om wel of niet deel te nemen.

Er zijn verschillende redenen waarom de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck directe toegankelijkheid wenselijk vindt. Ten eerste uit oogpunt van de marktpositie (bijvoorbeeld ten opzichte van fysiotherapeuten). Daarnaast vindt de NVOM invoering van de directe toegankelijkheid ook belangrijk uit oogpunt van efficiëntie en een snellere zorgverlening aan de patiënten.

Directe toegankelijkheid kan beperkt worden tot bepaalde patiëntencategorieën. Hiervoor komen in aanmerking:

- patiënten met recidief klachten (klachten waarvoor zij al eerder onder behandeling waren van de oefentherapeut Mensendieck);
- patiënten met chronische klachten / aandoeningen (waarvoor zij al eerder onder behandeling waren van de oefentherapeut Mensendieck);
- kinderen met houdingsafwijkingen;
- patiënten die voor de eerste maal rugklachten hebben;
- patiënten met werk gerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat;

Het consult oefentherapie-Mensendieck zou altijd vrij toegankelijk moeten zijn.

Voor vrije toegankelijkheid komen **niet** in aanmerking patiënten met complexe (=meervoudige) klachten, waarbij de huisarts een belangrijke toegevoegde waarde heeft voor wat betreft aanvullende verwijsgegevens.

Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck

Voor oefentherapeuten-Mensendieck in de eerste lijn, is het volgens de NVOM haalbaar om over te gaan tot directe toegankelijkheid voor de eerder genoemde patiëntcategorieën. De beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck is van mening dat zij verantwoord gestalte kan geven aan een directe toegankelijkheid. Bij invoering van directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck zijn er enkele maatregelen wenselijk. Deze maatregelen omvatten een bij- of nascholingstraject "Hoed u voor valkuilen". Met name op het gebied van communicatie en voor die gebieden waarvoor nog geen beroepsinhoudelijke richtlijn bestaat. Daarnaast zou er een protocol moeten zijn om vast te stellen of er een indicatie oefentherapie-Mensendieck is. Een ander aandachtspunt is dat in de opleiding en na- / bijscholing aandacht besteedt moet worden aan het nemen van de verantwoording ten aanzien van de diagnose, momenteel ligt dat nog bij de verwijzend arts.

Directe toegankelijkheid zal haalbaar zijn indien de eerder genoemde protocollen en regelingen zijn doorgevoerd tot het niveau van de individuele beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld via de intercollegiale overleggen oefentherapeuten Mensendieck.

4.3 Houding van regio's tegenover directe toegankelijkheid

Door middel van een vragenlijst is getracht om bij de contactpersonen voor de regio's de mening te peilen. Vier op de acht benaderde contactpersonen heeft de vragenlijst teruggestuurd. De respons op de individuele enquêtes was hoger dan bij de enquête die bij de regio's is uitgevoerd, wat voldeed aan de verwachtingen.

Drie van de vier regiocontactpersonen gaven aan, niet op de hoogte te zijn van de opinie van de collega's in de regio, omdat het onderwerp nog niet aan de orde is geweest. De vierde respondent gaf aan dat de collega's binnen de regio sterk positief staan tegenover directe toegankelijkheid.

Twee regiocontactpersonen staan persoonlijk positief tegenover directe toegankelijkheid, één sterk positief en één neutraal.

Uit de gegevens verkregen via de regio's is niet gebleken dat er momenteel al initiatieven zijn die in de richting gaan van directe toegankelijkheid (2x nee en 2x onbekend). Ook zijn er geen samenwerkingsverbanden of werkafspraken genoemd in de eerste lijn tussen bepaalde disciplines in de eerste lijn, bijvoorbeeld wat betreft het (door)verwijzen van patiënten of het bespreken van patiënten (2x onbekend en 2x nee). Er is door de regiocontactpersonen niet aangegeven dat men een voorkeur heeft voor een specifieke vorm van proefprojecten directe toegankelijkheid. De patiëntcategorieën die genoemd zijn die in aanmerking komen voor deelname aan een proefproject directe toegankelijkheid zijn:

- patiënten met houdingsproblemen;
- patiënten met lumbago;
- patiënten met recidiverende klachten;
- patiënten waarbij de diagnose geen vragen oproept;
- mensen die komen voor preventieve oefentherapie;

De responderende regiocontactpersonen waren positief over het uitvoeren van een proefproject directe toegankelijkheid. Praktische zaken die geregeld moeten worden voor het opzetten van een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck zijn:

- afspraken over aantal patiënten;
- verslaglegging naar de huisarts;
- mogelijkheid tot inwinnen van informatie bij de behandelend arts;

- mogelijkheid tot inwinnen van informatie bij andere paramedici die de patiënt behandelen;
- patiënt zou zelf uitslagen van onderzoeken moeten kunnen hebben;
- er moet duidelijke informatie voor de patiënten komen, zodat zij weten bij welke praktijken ze terecht kunnen voor welke klachten.

4.4 Houding van andere partijen tegenover directe toegankelijkheid

Het beleid van VWS is momenteel vooral gericht op het financiële aspect. Per 1 januari 2004 wordt het pakket verkleind, met als consequentie dat oefentherapie-Mensendieck uit het ziekenfondspakket gaat. Een uitzondering geldt voor chronisch zieken en jeugd. Deze beide groepen worden bij de wijzigingen ontzien. Ziektekostenverzekeraars gaan oefentherapie aanbieden in het aanvullende pakket. Er is momenteel nog een discussie gaande of als gevolg van dit beleid de tarieven moeten worden vrijgegeven of dat de huidige tariefstructuur blijft gehandhaafd. De meningen hierover verschillen. Hoewel een officieel standpunt van VWS ten aanzien van de directe toegankelijkheid niet is geformuleerd lijkt het redelijk om te stellen dat als directe toegankelijkheid zou gaan gelden voor fysiotherapie dat als gevolg daarvan dit ook zou kunnen gaan gelden voor oefentherapie-Mensendieck. Oefentherapie-Mensendieck vormt echter ten opzichte van de fysiotherapie een kleine groep. De laatste tijd hebben de oefentherapeuten ondersteund door VWS flink geïnvesteerd in een kwaliteitsbeleid onder meer tot uiting komend in visitatie en na- en bijscholing. Een probleem bij directe toegankelijkheid voor oefentherapie is de relatieve onbekendheid van het beroep bij de bevolking, dat is een groot verschil met de fysiotherapie.

De oefentherapeuten bestuderen de mogelijkheden om zichzelf dynamischer in de markt te positioneren. Er zijn volgens VWS ontwikkelingen om te komen tot een fusie tussen de oefentherapeuten-Mensendieck en –Cesar.

De visie van ZN met betrekking tot directe toegankelijkheid hangt sterk samen met de visie over de herstructurering van de 1e lijn die ZN heeft geformuleerd. Dit komt onder meer tot uiting in een andere manier van samenwerking. Doel is het voorkomen van tekorten in de zorg en het wegwerken van wachtlijsten. Ook de inzet van callcentra komt daarbij aan de orde. Naast het leveren van een bijdrage aan de herstructurering van de zorg zou directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck ook moeten bijdragen aan een verlichting van de werkdruk van huisartsen. Als fysiotherapie en oefentherapie (Cesar en –Mensendieck) in het aanvullende pakket komen met als achterliggend doel het bereiken van een bezuiniging, dan is het volgens ZN sterk de vraag of directe toegankelijkheid een optie blijft. Verzekeraars zullen sterk gericht zijn op het beheersbaar houden van de kosten. Directe toegankelijkheid komt onder druk te staan als dit zou kunnen leiden tot een toename van de vraag.

ZN is nu geneigd de directe toegankelijkheid te bekijken vanuit de voorgenomen pakketmaatregelen en minder vanuit de herstructurering van de 1e lijn. Het is maar zeer de vraag of en in hoeverre de herstructurering van de 1e lijn in de nabije toekomst gestalte zal krijgen. Gezien het huidige politieke klimaat wordt sterk betwijfeld of DT voor oefentherapeuten gerealiseerd kan worden. Wel wordt gesteld dat de effectiviteit van oefentherapie als positief wordt beschouwd. Verzekeraars zijn echter bang voor de mogelijk aanzuigende werking. Directe toegankelijkheid zou alleen tot de mogelijkheden behoren indien strikte beheersafspraken kunnen worden gemaakt. Dus meer dan alleen restitutieafspraken. Voor directe toegankelijkheid is het voorts van belang dat er meer duidelijkheid komt over de door oefentherapeuten aangeboden producten en dat er meer transparantie komt m.b.t. het functioneren.

De landelijke huisartsen vereniging (LHV) staat zeer kritisch tegenover ontwikkelingen op het terrein van de directe toegankelijkheid. De LHV heeft echter wel begrip voor het feit dat voor oefentherapeuten Mensendieck directe toegankelijkheid kan bijdragen aan de verdieping van het vak en de professionaliteit. Voor patiëntgroepen die in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid voor oefentherapeuten-Mensendieck geldt in belangrijke mate hetzelfde als voor de directe toegankelijkheid voor fysiotherapeuten. De LHV denkt dan vooral aan recidiverende klachten en geprotocolleerde zorg. Hier zijn wellicht mogelijkheden voor directe toegankelijkheid. Van belang is dat de huisarts hierbij goed wordt geïnformeerd. Wat de toekomst voor de directe toegankelijkheid paramedici gaat brengen is volgens de LHV in belangrijke mate nog onbekend.

De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) staat positief tegenover directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck. Belangrijk is dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. Zij spreken in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER). De NPCF benadrukt in zijn algemeenheid dat: a. goede diagnostiek en geschiktheid om een goede diagnose te kunnen stellen gewaarborgd moet worden en zonodig een terugverwijzing naar de huisarts; b. het patiëntenperspectief wordt meegenomen en gewaarborgd; c. er duidelijkheid komt over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de oefentherapeut kan wenden, hetgeen hoge eisen stelt aan de communicatie met en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten; d. geprotocolleerde communicatie en rapportage plaatsvindt aan de huisarts.

Nederlands Paramedisch instituut (NPI)

Gezien de positie die het NPI in de paramedische wereld in Nederland in neemt o.a. bij de kwaliteitszorg en richtlijnontwikkeling is ook de mening van het NPI gepeild. De onderstaande mening is verwoord door de projectmedewerker oefentherapie Mensendieck.

Directe toegankelijkheid van oefentherapie Mensendieck is, afhankelijk van de termijn waarbinnen deze wordt ingesteld, haalbaar. Om goede diagnostiek te kunnen verrichten bij directe toegankelijkheid zouden de oefentherapeuten wellicht nog extra kennis en vaardigheden moeten verwerven, zodat medisch gezien de juiste beslissingen kunnen worden genomen. De vraag of directe toegankelijkheid ook wenselijk is, is lastig te beantwoorden. Voor de beroepsgroep zou het hoogstwaarschijnlijk een goede ontwikkeling zijn, individuele beroepsbeoefenaren denken hier wellicht anders over. De voordelen, zoals onafhankelijker kunnen functioneren, de maatschappelijke status die het beroep daarmee krijgt en de bevordering van kennis en vaardigheden die met deze ontwikkeling geïnitieerd en gestimuleerd worden, wegen wellicht niet op tegen de mogelijke nadelen. Mogelijke nadelen kunnen onder andere zijn: nog meer bijscholing op bepaalde gebieden en een grotere verantwoordelijkheid met een grotere kans op het maken van medische fouten.

Randvoorwaarden waaronder directe toegankelijkheid volgens het NPI mogelijk is:

- (verplichte) bij- en nascholing, gericht op het herkennen van 'red flags'/ het kunnen stellen van een differentiaaldiagnose (therapeuten moeten hun oefentherapeutische anamnese, onderzoek en analyse aanpassen);
- aanpassing curriculum mensendieck opleiding;
- criteria voor adequate (verplichte) scholing;

- ontwikkeling en implementatie van aandoeningsgerichte behandelrichtlijnen, waarin het stellen van differentiaaldiagnoses is uitgewerkt en het aanpassen van bestaande richtlijnen op dit punt;
- registratie- en/of 'controle'systeem voor oefentherapeuten die voldoende kennis/vaardigheden hebben m.b.t. directe toegankelijkheid;
- aanpassing huidig wettelijk/juridisch kader, toegespitst op deze extra verantwoording;
- mogelijkheden voor juridische ondersteuning voor individuele oefentherapeuten;
- tariefsaanpassing;
- financiering voor de ontwikkeling van: na-bijbscholing, criteria, richtlijnen, registratie- c.q. 'controle'systemen etc.

4.5 Voor- en nadelen

Alle benaderde partijen zijn het er over eens dat volledige directe toegankelijkheid niet wenselijk is en dat er een centrale plaats moet zijn waar het patiënten dossier bewaard wordt. Vooralsnog lijkt de huisarts de meest aangewezen persoon om dit dossier te beheren.

Directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck kent zowel voor- als nadelen. Deze worden nu besproken.

Voordelen directe toegankelijkheid:

- kortere lijnen;
- het verlaagt de drempel;
- patiënten kunnen sneller geholpen worden;
- verminderen van administratieve lastendruk, samenhangend met verwijzingen;
- het doet recht aan de professionaliteit en kwaliteit van de zorgverlening van de oefentherapeuten-Mensendieck;
- het geeft een verdieping van het vak van de oefentherapeut-Mensendieck;
- patiënten die zelfstandig naar de oefentherapeut-Mensendieck gaan voor behandeling zijn gemotiveerd en staan open voor de therapie, de kans op een succesvolle behandeling is hierdoor groter.

Nadelen directe toegankelijkheid:

- patiënten zullen niet altijd weten voor welke klachten zij direct naar de oefentherapeut-Mensendieck kunnen gaan, het vak is minder bekend dan bijvoorbeeld fysiotherapie;
- oefentherapeuten-Mensendieck moeten een andere rol gaan spelen binnen de diagnostiek, waarmee men momenteel nog niet vertrouwd is. Men moet niet alleen een werkdiagnose stellen maar ook beslissen over pluis-niet pluis, "red& yellow flags" herkennen. Mogelijk kan bijscholing dit probleem ondervangen;
- directe toegankelijkheid past niet in de huidige wet- en regelgeving, deze moet worden aangepast;
- in de huidige situatie moet de (beroeps)aansprakelijkheid, de verzekeringsdekking, mogelijk worden aangepast;
- de huisarts gaat minder optreden als een functionele poortwachter. Het is mogelijk dat hierdoor bij klachten van een patiënt een eerste volledige inventarisatie van het probleem minder goed kan worden uitgevoerd. Voor andere zorgverleners dan de huisarts geldt immers dat zij niet beschikken over een volledig en integraal medisch dossier;

- een verandering in de organisatie van de zorg leidt tot onduidelijkheid in de omvang van de zorgvraag; de beheersbaarheid van de kosten kan hierdoor (tijdelijk) verminderen. Door het uitvoeren van een pilot kan deze onduidelijkheid afnemen.

4.6 Mogelijke invalshoek proefproject

De NVOM is geïnteresseerd in deelname aan een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck. Er zal echter wel een goede uitleg van het onderwerp naar de beroepsgroep gegeven moeten worden. De regioteams kunnen hier een belangrijke rol in spelen.

De NVOM ziet concrete mogelijkheden voor het uitvoeren van proefprojecten in bepaalde regio's. Ook heeft de NVOM suggesties voor verzekeraars die bij proefprojecten betrokken kunnen worden. Als opties zijn genoemd: Amsterdam, regio groot Den Haag en Friesland.

De NVOM suggereert te overwegen om de proefprojecten te laten aansluiten bij de regio waar het proefproject directe toegankelijkheid fysiotherapie loopt, dat is voordelig in verband met de ervaring die zowel artsen als verzekeraars hierbij hebben opgedaan.

Het zou wenselijk zijn om de regiomanagers te betrekken bij het maken van een definitieve keuze voor een proefregio. Ook is het aan te bevelen om voor de pilot oefentherapie-Mensendieck en Oefentherapie Cesar dezelfde regio te kiezen.

Alvorens tot een concrete keuze te kunnen komen is nader overleg van de NVOM met de diverse regio's noodzakelijk. Ook binnen de regio's is er nog nader overleg nodig om tot concrete voorstellen over proefprojecten te komen.

Er bestaat bij de NVOM voorkeur voor gedeeltelijke vrije toegankelijkheid in het proefproject in plaats van volledige directe toegankelijkheid. Het zou goed zijn de nuance van zorgvragen er bij te betrekken, dat is belangrijker dan de aandoeningen. Het wel of niet betrekken van kinderen bij het proefproject moet nader bekeken worden.

5 Kwaliteitseisen oefentherapeuten

5.1 Inleiding

De wet BIG regelt de titelbescherming van medische en paramedische beroepen en stelt eisen aan de kwaliteit van beroepsuitoefening. De beroepen die geregeld zijn in artikel 3 van de wet BIG (o.a. artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten) kennen een verplichte registratie met periodieke herregistratie, een wettelijk tuchtrecht en hebben een beroepstitel. De voorheen paramedische beroepen die nu zijn geregeld in artikel 34 van de wet BIG kennen geen verplichte registratie, hebben geen wettelijk tuchtrecht en hebben een opleidingstitel. De terugtrekkende overheid heeft de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking bij de beroepsgroepen zelf neergelegd. De beroepsorganisaties van 10 paramedische beroepen hebben georganiseerd in het Paramedisch Verband de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici opgericht. De stichting heeft de opdracht gekregen een vrijwillig register mogelijk te maken en in stand te houden. Het stichtingsbestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Verenigingen voor Diëtisten, Ergotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënist, Radiologisch Laboranten, Orthoptisten, Podotherapeuten, Oefentherapeuten-Mensendieck en uit de Vereniging Bewegingsleer Cesar.

Registratie en periodieke herregistratie van grote groepen paramedici zal de uitstraling van kwaliteitsgarantie een weerwaarde geven voor de geregistreerde paramedicus, als deskundige die voldoet aan de door de beroepsgroep geformuleerde kwaliteitseisen.

De NVOM is aangesloten bij de stichting kwaliteitsregister Paramedici en heeft gekozen voor een vrijwillige registratie van de oefentherapeuten-Mensendieck. De registratie bestaat uit een basisregistratie en uit een kwaliteitsregistratie.

De basisregistratie is de eerste inschrijving in het register. Iedereen die beschikt over een erkend getuigschrift kan zich laten inschrijven in het basisregister.

De basisregistratie wordt beschouwd als basisgarantie voor de deskundigheid en de kwaliteit van de ingeschreven beroepsbeoefenaren. De basisregistratie is éénmalig en vindt plaats voor onbeperkte duur. De basisregistratie is tevens een voorwaarde voor registratie in het kwaliteitsregister. Vijf jaar na de basisregistratie kan men een verzoek doen tot inschrijving in het kwaliteitsregister. Men moet daarbij voldoen aan de door de beroepsvereniging voor deze periode vastgestelde kwaliteitscriteria op gebied van deskundigheidsbevordering en werkervaring. Het kwaliteitsregister heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen. In tegenstelling tot het basisregister is het kwaliteitsregister daarom alleen toegankelijk voor paramedici die hun beroep daadwerkelijk uitoefenen. De eerste kwaliteitsregistratie zal plaatsvinden in juni 2005. Het betreft een individuele registratie, de vijf jaren beginnen te tellen vanaf het moment dat een oefentherapeut zich registreert in het basisregister.

5.2 Kwaliteitsbeleid NVOM

In het beleid van de NVOM wordt aangesloten op het wettelijk kader van de overheid, op het beleid dat door tien paramedische beroepsgroepen gezamenlijk wordt gevoerd binnen het IKPZ programma en de uitvoering van de Meerjarenaafspraken. Partners in de meerjarenaafspraken zijn de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, de fysiotherapeuten en de logopedisten. In het Convenant Paramedische Zorg (de

Meerjarenaafspraken) zijn afspraken voor toekomstig beleid gemaakt tussen deze beroepsgroepen, VWS en Zorgverzekeraars Nederland voor de periode 1999-2003.

In het afgelopen jaar heeft het kwaliteitsbeleid van de NVOM zich vooral gericht op de implementatie en evaluatie van reeds bestaande producten. Daarnaast zijn enkele producten opnieuw bekeken en aangepast (jaarverslag NVOM, 2002).

Paramedische verslaglegging

In 2002 is de NVOM in samenwerking met de VBC en de opleiding oefentherapie-Mensendieck begonnen met de aanpassing van de paramedische verslaglegging. De aangepaste versie wordt in softwareprogramma's voor oefentherapeuten verwerkt en wordt geïmplementeerd in de beroepsgroep.

Intercollegiaal overleg oefentherapeuten-Mensendieck (IOM)

Door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) zijn 2 themadagen georganiseerd voor gespreksleiders van IOM-groepen. De modules "kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief" en "Methode Richtlijnen" stonden hierbij centraal. Het gebruik van korte verbetermethodes door de IOM-groepen is gestimuleerd door de NVOM.

Een inventarisatie van IOM-groepen is uitgevoerd. Er zijn 52 IOM-groepen actief. Hierin nemen ca. 55 % van de NVOM leden deel. Ook is bekeken met welke methodes en onderwerpen de diverse IOM-groepen zich bezighouden. Er is een document ontwikkeld voor intercollegiale toetsing.

Richtlijnen

Er zijn al verschillende richtlijnen door de algemene ledenvergadering van de NVOM goedgekeurd. Besloten is dat alle leden van de NVOM per 1 juni 2003 dienen te handelen volgens de ontwikkelde en goedgekeurde richtlijnen.

De richtlijnen zijn extra onder de aandacht gebracht door publicatie in het Nederlands tijdschrift voor oefentherapeuten-Mensendieck.

In tabel 5.1 zijn de reeds ontwikkelde richtlijnen vermeld. Ter vergelijking zijn ook de richtlijnen opgenomen die ontwikkeld zijn voor oefentherapeuten Cesar en voor fysiotherapeuten.

Tabel 5.1 Richtlijnen voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Mensendieck en oefentherapeuten Cesar (Gezondheidsraad, 2003).

	KNGF	Mensendieck	Cesar
Aandoeningen van het bewegingsapparaat en bindweefsel			
• Artrose heup – knie	JA	-	JA
• (Aspecifieke) lage rugpijn	JA	JA ¹ IN ONT	-
• Osteoporose	JA	JA	JA
• Acute knie	JA*	-	-
• RSI	JA*	JA	
• Spondylitis ankylopoetica (Bechterew)	-	-	JA
• Aspecifieke nek-schouderklachten	-	JA	-
Aandoeningen van het hartvaatstelsel			
• Claudicatio intermittens	JA	-	-
• Hartrevalidatie	JA	-	-
Aandoeningen van het zenuwstelsel en zintuigen			
• Parkinson	JA ¹	JA ¹ IN ONT	JA ¹
Aandoeningen van de ademhalingswegen			
COPD	JA	-	JA
Astma BIJ KINDEREN	JA*	-	-
Aangeboren afwijkingen			
• Kinderen NEE	NEEJA*	-	-
• Idiopatische scoliose	-	-	JA
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden			
• (Stress) Urine incontinentie ALLEEN STRESS	JA	-	JA
• Whiplash (gerelateerde symptomen)	JA	-	JA
• Bekkenpijn	JA*	-	
• Peri-partum Bekkenpijn	Zie ook Bekkenpijn-	-	JA
Ongevalsletsels en vergiftigingen			
• Chronisch enkelletsel	JA	-	-
• Acut enkelletsel	JA	-	-
• Postoperatief meniscoectomie (ontwerp RL, In Ontw. Tot KNGF RL)	JA	-	-
• Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom (ONTWERP RL)	JA*	-	-

- ontwerprichtlijn; 1 richtlijn is in ontwikkeling.

De kwaliteitscoördinatoren zijn geschoold in het gebruik van de richtlijnen in de praktijk.

De door de NVOM ontwikkelde richtlijnen zijn door het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) geëvalueerd.

Van Visitatie naar certificering

De NVOM heeft na onderzoek besloten om af te zien van de visitatie als kwaliteitsinstrument voor de oefentherapie-Mensendieck. Het bleek niet geschikt te zijn als instrument om extern verantwoording af te leggen. Momenteel oriënteert de NVOM zich op de mogelijkheden van certificering van praktijken.

Handreiking voor de communicatie tussen huisarts en oefentherapeuten en/of fysiotherapeuten (HOF)

De NVOM werkt aan het implementeren van de HOF-producten dit gebeurt door een stuurgroep waarin de NVOM, VBC, KNGF en NPi vertegenwoordigd zijn. Deze stuurgroep heeft een activiteitenplan opgesteld en een gespreksformulier ontwikkeld dat gebruikt kan worden binnen IOM's.

Kwaliteitsjaarslag van oefentherapeuten

De NVOM probeert door publicatie van artikelen in het Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck de leden te stimuleren om een kwaliteitsjaarslag te gaan maken. De leden kunnen hierbij gebruik maken van een sjabloon dat de NVOM speciaal hiervoor heeft ontwikkeld.

Beroepscode oefentherapeuten-Mensendieck

In 2002 zijn de gedragsregels voor oefentherapeuten-Mensendieck vastgesteld en goedgekeurd door de ALV van de NVOM. Leden van de NVOM die zich in het kwaliteitsregister willen inschrijven zijn gebonden aan deze code.

Bij- en nascholing NVOM en VBC

Sinds 2002 publiceren de NVOM en de VBC het cursusaanbod voor oefentherapeuten gezamenlijk. De NVOM werkt aan het verder uitbreiden van het scholingsaanbod.

Projectgroep leren implementeren

Het projectteam van de NVOM houdt zich bezig met de implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Zij doet dit onder begeleiding van het CBO. Het onderzoeksrapport "oefentherapie-Mensendieck vanuit patiëntenperspectief" staat hierbij centraal.

Projectgroep Punten Toekenning

De NVOM is nog bezig met het vaststellen van het beleid ten aanzien van de toekenning van punten voor bij- en nascholingsactiviteiten voor de herregistratie in het kwaliteitsregister. De beoordeling van aanvragen voor puntentoekeuning wordt onder meer gebaseerd op het beroepsprofiel van de oefentherapeut-Mensendieck.

Beleidsadviesgroep Onderzoek Mensendieck

De beleidsadviesgroep Onderzoek Mensendieck is er op gericht om de NVOM te adviseren over het onderzoeksbeleid van oefentherapie-Mensendieck. Ook ondersteunt de projectgroep de NVOM bij het beoordelen van wetenschappelijke onderzoeken.

5.3 Huidige kwaliteitseisen

Sinds juni 2000 kunnen oefentherapeuten-Mensendieck zich voor een basisregister aanmelden. Na vijf jaar wordt overgegaan tot de feitelijke registratie in het Kwaliteitsregister voor Paramedici als zij aan bepaalde voorwaarden hebben voldaan. De leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM) hebben in de ledenvergadering van 10 mei 2000 besloten dat de onderstaande criteria zullen gelden voor de periode 2000 - 2005 voor registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici vanaf 2005 :

Om voor registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici in aanmerking te komen moet de oefentherapeut-Mensendieck voldoen aan de volgende criteria:

Werkervaring:

Gedurende de inschrijvingsperiode van 5 jaar in het basisregister heeft de oefentherapeut-Mensendieck gedurende minimaal 3,5 registratiejaren minimaal 368 uur per registratiejaar patiënt/cliëntgerichte werkzaamheden verricht die deel uit maken van het deskundigheidsgebied van de oefentherapeut zoals omschreven in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, Staatsblad 1997, 523 (24 oktober 1997).

Het vereiste aantal van 368 uur patiënt/cliëntgerichte werkzaamheden per registratiejaar is gebaseerd op de volgende berekening: 46 werkbare weken x 8 uur.

Deskundigheidsbevordering:

Gedurende de inschrijvingsperiode van 5 jaar heeft de oefentherapeut-Mensendieck 100 punten behaald uit deskundigheidsbevorderende activiteiten.

Van het totaal aantal van 100 punten moeten minimaal 64 punten door middel van het volgen van bij- en nascholingsactiviteiten en/of het toepassen van kwaliteitsinstrumenten behaald worden

Volgen van bij- en nascholingsactiviteiten

Elk studiebelastinguur zoals gespecificeerd door de aanbieder van de scholingsactiviteit levert 1 punt op. De oefentherapeut-Mensendieck is geheel vrij in de keuze van de inhoud van scholingsactiviteiten, mits de scholingsactiviteiten betrekking hebben op de paramedische beroepsuitoefening.

Vakspecifieke scholingsactiviteiten leveren per scholingsactiviteit (ongeacht de omvang in studiebelastinguren) 2 bonuspunten op ten opzichte van algemeen paramedische scholingsactiviteiten. Geaccrediteerde scholingsactiviteiten leveren per scholingsactiviteit (ongeacht de omvang in studiebelastinguren) 2 bonuspunten op ten opzichte van niet geaccrediteerde scholingsactiviteiten.

Toepassen van kwaliteitsinstrumenten:

Toepassing van één of meer van de volgende kwaliteitsinstrumenten levert 10 punten op per instrument voor elk jaar dat het instrument wordt toegepast:

- deelname aan 4 bijeenkomsten per jaar waarbij intercollegiaal wordt getoetst;
- deelname aan een visitatie;
- samenstellen van een kwaliteitsjaarsverslag.

De resterende 36 punten kunnen worden behaald door in vier perioden van 12 aaneengesloten maanden minimaal aan één van onderstaande overige deskundigheidsbevorderende activiteiten (a t/m d) deel te nemen:

1. Het *geven van scholing* mits het een scholingsactiviteit betreft waarvan het volgen punten op zou leveren;
2. Het *begeleiden van een stagiaire* van de beroepsopleiding;
3. Het *publiceren van een vakinhoudelijk artikel*;
4. Het *vervullen van (neven)functies in opdracht van de beroepsvereniging* in verenigingsbestuur, commissies, projectgroepen en regio-bestuur.

Voor elke periode van 12 aaneengesloten maanden waarbij niet aan bovenstaande eis wordt voldaan is de beroepsbeoefenaar verplicht om een extra aantal van 9 punten uit het volgen van bij- en nascholing dan wel het toepassen van kwaliteitsinstrumenten te

behalen om voor registratie in het kwaliteitsregister in aanmerking te komen.

Wanneer de oefentherapeut-Mensendieck niet voldoet aan de criteria gesteld ten aanzien van werkervaring en/of deskundigheidsbevordering wordt hij/zij tijdelijk uit het kwaliteitsregister uitgeschreven. De oefentherapeut-Mensendieck kan opnieuw in het kwaliteitsregister geregistreerd worden vanaf het moment dat hij/zij aan alle criteria voldoet over de dan geldende afgelopen periode van 5 jaar.

Herintreders:

Er is voor gekozen om geen aparte criteria voor herintreders op te stellen. Dit betekent dat herintreders moeten voldoen aan dezelfde criteria als de actieve beroepsgroep om in aanmerking te komen voor (her)registratie in het kwaliteitsregister, namelijk minimaal 5 jaar ingeschreven staan in het basisregister en voldoen aan de (her)registratie criteria t.a.v. werkervaring en deskundigheidsbevordering die gelden over de afgelopen periode van 5 jaar.

5.4 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

Ten aanzien van oefentherapie Mensendieck heeft De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) in samenwerking met de NVOM het project 'Kwaliteit van oefentherapie vanuit patiëntenperspectief' uitgevoerd. In dit rapport is uitgebreid beschreven welke kwaliteits-criteria door de patiënten als belangrijk worden aangemerkt.

De NPCF is een samenwerkingsverband van organisaties die de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg behartigen. Voor patiënten telt niet alleen de vak-inhoudelijke deskundigheid of het behandelingsresultaat. Kwaliteit vanuit het patiënten perspectief heeft betrekking op een zeer groot aantal aspecten van zorg. Behalve vakbekwaamheid betreft dat: een respectvolle bejegening, informatie en steun, afgestemd op de problemen die zij ervaren en de evaluatie daarvan, een patiëntgerichte organisatie en een gebruiksvriendelijke accommodatie.

Het is de bedoeling dat de criteria mede richting geven aan de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck; bij het werken aan een vraaggerichte zorg.

De NPCF heeft algemene kwaliteitscriteria ontwikkeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief te bewaken. Dit betreffen criteria met betrekking tot vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie, en evaluatie. De criteria m.b.t. vakbekwaamheid voor de oefentherapeut Cesar worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria vakbekwaamheid volgens NPCF

- Handelen volgens de professionele richtlijnen van de NVOM.
- Zich houden aan de grenzen van de eigen vakbekwaamheid en indien nodig wijzen op een andere hulpverlener.
- Specifieke, voor het dagelijks leven relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen van een ziekte of aandoening kennen.
- Leren van de ervaringen van patiënten met lichamelijke beperkingen en de behandeling daarvan.
- Deelnemen aan na- en bijscholingsactiviteiten.
- Goed communiceren over de behandelingen en een goed contact hebben met de patiënt.

5.5 Specifieke kwaliteitseisen die voortkomen uit directe toegankelijkheid

De NVOM is van mening dat het belangrijk is dat er een protocol komt dat gehanteerd kan worden voor directe toegankelijkheid. Belangrijke consequenties van doorvoering van directe toegankelijkheid liggen op het gebied van het stellen van een diagnose. In tegenstelling tot de huidige situatie waarin oefentherapeuten uitsluitend een werkdiagnose stellen krijgen zij bij directe toegankelijkheid te maken met patiënten waarbij een medische diagnose kan ontbreken. Aandacht moet besteedt worden aan het nemen van de verantwoording ten aanzien van de diagnose, momenteel ligt dat nog bij de verwijzend arts.

Daarom vindt de NVOM het belangrijk dat er voor invoering van directe toegankelijkheid een bijscholing "Hoed u voor valkuilen" voor oefentherapeuten-Mensendieck komt. Het herkennen van "red & yellow flags" moet hier onderdeel van uit maken. Daarnaast zou er een protocol moeten zijn om vast te stellen of er een indicatie oefentherapie-Mensendieck is.

Het invoeren van directe toegankelijkheid kan consequenties hebben voor de verslaglegging, dit onderwerp wordt nader besproken in hoofdstuk 5.

5.6 Verantwoordelijkheid

Consequenties in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck liggen op gebied van het stellen van de diagnose. Momenteel werken oefentherapeuten-Mensendieck uitsluitend met een werkdiagnose, ze behandelen de klachten maar stellen geen medische diagnose. Dat gebeurt momenteel door de (huis)arts.

Ook de rechtspositie ten opzichte van de verzekeraars / ziekenfondsen is een punt van aandacht; de oefentherapeut moet bij directe toegankelijkheid immers zelf gaan bepalen of een patiënt wel of niet behandeld wordt. Nader moet stil worden gestaan bij de vraag welke informatie over de behandelingen aan de betalende partij wordt verschaft.

In de huidige situatie voorziet de dekking van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering volgens de NVOM niet in de veranderende rol van de oefentherapeut bij directe toegankelijkheid.

6 Communicatie en registratie relevante gegevens

6.1 Inleiding

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

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

6.2 Communicatie oefentherapeut-patiënt

Ten aanzien van de communicatie tussen de oefentherapeut en de patiënt zijn er een aantal aspecten die bij invoering van directe toegankelijkheid van (extra) belang zijn. Ten eerste moet er voor de patiënt duidelijkheid zijn over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de oefentherapeut-Mensendieck kan wenden.

Omdat oefentherapie-Mensendieck nog relatief onbekend is kan dat er toe leiden dat patiënten eerder kiezen voor bekendere vormen van therapie bijvoorbeeld Fysiotherapie, zelfs wanneer oefentherapie-Mensendieck voor de betreffende patiënt een geschiktere therapie is.

Daarnaast wordt bij invoering van directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck de door de patiënt gegeven informatie mogelijk nog essentiëler dan deze nu al is. Met name voor een goede afstemming. De oefentherapeuten-Mensendieck zullen veel moeite moeten doen om uit te vinden of de patiënt gerelateerde klachten heeft, of de patiënt reeds door andere zorgverleners behandeld wordt en of dit eventueel in het verleden reeds gebeurd is. Alleen dan is goede zorgafstemming mogelijk.

Na het stellen van een werkdiagnose zal de oefentherapeut-Mensendieck de patiënt goed moeten informeren over alle behandelmogelijkheden en de patiënt indien nodig moeten wijzen op andere hulpverleners. De oefentherapeut geeft duidelijk(er) aan de patiënt aan wat de plannen zijn. Hierin moet de oefentherapeut-Mensendieck volgens de NPCF de voorkeur van de patiënt respecteren.

De NPCF vindt het belangrijk dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. De patiënt moet nauw betrokken worden bij de evaluatie van het functioneren. Dat wil zeggen dat de oefentherapeut de behandeling evalueert en de resultaten bespreekt met de patiënt. De NPCF spreekt in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER).

De beroepsorganisatie hecht net als de patiënten aan de kwaliteit van de verslaglegging. Deze moet niet alleen gericht zijn op de huisarts maar ook de verslaglegging naar de patiënt zelf vindt de NVOM belangrijk.

De NPCF is van mening dat ook de patiënt een belangrijke rol kan spelen bij het beheer van zijn eigen dossier. Privacyaspecten moet nader onderzocht worden.

Samenvattend kan gesteld worden dat directe toegankelijkheid hoge eisen stelt aan de communicatie van de oefentherapeut met de patiënt en aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten;

De criteria die de NPCF heeft opgesteld t.a.v. de communicatie tussen patiënt en oefentherapeut worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria informatie volgens NPCF

- De patiënt informeren over behandelingsmogelijkheden en het behandelplan.
- De patiënt inlichten over mogelijke alternatieve behandelingen buiten de oefentherapie Mensendieck.
- Inlichtingen geven over stoornissen, beperkingen en participatieproblemen waarmee de patiënt in de loop van zijn ziekte te maken kan krijgen.
- De patiënt informeren over manieren om in het dagelijkse leven zo zelfstandig mogelijk om te gaan met zijn lichamelijke beperkingen.
- De patiënt desgevraagd uitleggen hoe deze zelf aan de gezondheid kan werken.
- De patiënt vragen naar gezondheidsklachten, wensen, doelen en persoonlijke omstandigheden;
- Wanneer nodig informeren bij de huisarts naar het ziektebeeld van de patiënt.
- Specifieke deskundigheid kenbaar maken aan patiënten en artsen;
- Informatie over de patiënt vertrouwelijk behandelen;
- Uitleggen hoe de patiënt een oefening moeten uitvoeren en eventueel instructies op papier zetten.

6.3 Communicatie huisarts-oefentherapeut

Een goede communicatie van de oefentherapeut-Mensendieck met de huisarts wordt door alle geraadpleegde partijen van groot belang geacht. Er moet een centraal patiënt dossier zijn, waar alle (para)medische informatie van een patiënt in is ondergebracht en dat goed beheerd wordt. Momenteel is de huisarts de meest aangewezen persoon om het medisch dossier te beheren.

Het is evident dat bij directe toegankelijkheid de oefentherapeut-Mensendieck bij het vaststellen of er een indicatie tot behandeling is en bij het stellen van een werkdiagnose moet kunnen beschikken over voldoende informatie. Informatie uit het medisch dossier, van de huisarts en van andere zorgverleners kan hierbij noodzakelijk zijn.

Het opvragen van de relevante informatie uit het medisch dossier gebeurt momenteel nog via de huisarts. De LHV hecht er groot belang aan dat deze situatie gehandhaafd blijft, dit komt voort uit de huidige functie van de huisarts, als dossierbeheerder en functionele poortwachter.

Onder meer vanuit privacy overwegingen is het volgens de LHV niet mogelijk dat anderen inzage hebben in het medisch dossier van de patiënt. Veel van de informatie is niet relevant voor andere disciplines en dossiers bevatten zeer vertrouwelijke informatie zoals bijvoorbeeld psychische problemen, venerische ziekten e.d.

Om tot vrije toegankelijkheid te kunnen komen is het volgens de NVOM belangrijk dat er een overlegprotocol komt voor afstemming met (huis)artsen en andere zorgaanbieders waarin zaken zijn vastgelegd met betrekking tot de communicatie, de verslaglegging en behandeling.

Indien directe toegankelijkheid wordt ingevoerd of wanneer er een pilot plaatsvindt dan zal een systeem van informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgverleners moeten worden ingevoerd. Rapportage vanuit de laatst geraadpleegde zorgaanbieder is hierbij het handigste. Bij afsluiting van behandelingen zouden de verschillende zorgaanbieders rapport moeten uitbrengen aan de dossierbeheerder. De NVOM is er voorstander van dat de huisarts de rol van dossierbeheerder vervult.

In de toekomst, bij invoering van elektronische patiëntdossiers, zullen de technische mogelijkheden tot eenvoudige raadpleging van de dossiers toenemen. In dit onderzoek

staan we niet stil bij het verlenen van autorisatie van de verschillende zorgverleners (recht tot inzage en of wijziging van gegevens), noch bij de aspecten van beveiliging en waarborging van de privacy. Ook zullen wij niet ingaan op de functie van de medische dossiers; of zij een instrument zijn van zorgverleners of dat zij dienen als informatiebron voor patiënten.

Bij een goede communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn is goede verslaglegging, rapportage (manier HOF) en communicatie een voorwaarde. Dit zijn echter zaken die momenteel, voor invoering van directe toegankelijkheid, ook al gelden.

Bij de invoering van directe toegankelijkheid blijft het belangrijk dat de oefentherapeut Cesar gebruik maakt van de formulieren voor verslaglegging. Het interdisciplinaire overleg, de HOF producten zijn van groot belang.

Het HOF-project is in opdracht van vier beroepsverenigingen ontwikkeld door het Nederlands Paramedisch Instituut. Het bestaat uit vijf handreikingen voor een betere communicatie tussen huisartsen, oefentherapeuten Cesar en –Mensendieck en fysiotherapeuten.

De handreikingen zijn bedoeld als hulpmiddel bij het praktisch en professioneel regelen van de belangrijkste onderdelen van de onderlinge werkrelatie, namelijk :

- de indicatiestelling;
- de verwijsbrief;
- de consultatie;
- het tussentijdsverslag;
- de verslaglegging.

De HOF-richtlijn moet bijdragen aan een gestroomlijnde communicatie en onderlinge afstemming van de zorg. Zodat hulpverleners van elkaar weten wat zij doen. Door een goede communicatie en bekendheid met elkaars werk wordt de zorg beter. De arts kan beter en gericht doorverwijzen. Mocht een verwijzing niet op zijn plaats zijn dan kan de therapeut dat direct terugrapporteren eventueel met een suggestie voor een andere behandelmethode/ therapeut.

Het belang van een goede communicatie en rapportage wordt door andere geraadpleegde partijen zoals NPCF en NPi eveneens onderschreven.

De huisarts moet geraadpleegd worden indien patiënten met complexe klachten zich zonder verwijzing bij de oefentherapeut-Mensendieck melden of indien er tijdens de behandeling complicaties optreden. De drempels voor het raadplegen van de huisarts moeten hierbij laag zijn; de mening van de arts moet eenvoudig gevraagd kunnen worden.

6.4 Communicatie oefentherapeut-huisarts-zorgverzekeraar

Ook voor de zorgverzekeraars is het van groot belang dat zij adequaat geïnformeerd worden over de directe toegankelijkheid van onder andere de oefentherapeut-Mensendieck. In de eerste plaats is het voor de betrokken verzekeraars van belang dat zij geïnformeerd worden over de vrijgevestigde oefentherapiepraktijken en instellingen die oefentherapie-Mensendieck in de eerste lijn leveren die deel uit gaan maken van een proefproject directe toegankelijkheid. Verzekeraars zijn bang voor een slechte beheersbaarheid van de kosten. Goede afspraken over beheersbaarheid zijn een voorwaarde voor directe toegankelijkheid. Er moeten afspraken gemaakt worden over de aan te bieden diensten en de transparantie ten aanzien van het functioneren van de oefentherapeuten-Mensendieck.

Ook de rechtspositie ten opzichte van de verzekeraars / ziekenfondsen is een punt van aandacht; de oefentherapeut moet bij directe toegankelijkheid immers zelf gaan bepalen of een patiënt wel of niet behandeld wordt. Nader moet stil worden gestaan bij de vraag welke informatie over de behandelingen aan de zorgverzekeraars wordt verschaft.

7 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

7.1 Inleiding

Om na te gaan hoe oefentherapeuten-Mensendieck tegenover directe toegankelijkheid¹ staan, is een schriftelijke vragenlijst verzonden aan een steekproef van 200 oefentherapeuten-Mensendieck. Hiervoor is gebruik gemaakt van een adressenbestand van de beroepsvereniging. Dit adressenbestand bestond uit alle oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam in de eerste lijn die op dat moment bekend waren bij de beroepsvereniging. De volgende onderwerpen komen onder meer in de vragenlijst aan bod: de huidige situatie, de toekomstige situatie, de standpuntbepaling, de voor en nadelen van directe toegankelijkheid vanuit de eigen werksituatie gezien, de noodzaak van bijscholing wanneer oefentherapie-Mensendieck direct toegankelijk zou worden, de frequentie en wijze waarop er in een dergelijke situatie gerapporteerd wordt naar de huisarts en tot slot de bereidheid van de respondenten om mee te willen werken aan een eventueel proefproject naar de directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck. Deze onderwerpen zullen in onderstaande paragrafen aan bod komen.

Van de 200 verstuurde vragenlijsten zijn in totaal 124 vragenlijsten voor de uiterste inleverdatum geretourneerd. Een oefentherapeut bleek verhuisd te zijn. Hiermee komt de netto benaderbare groep op een totaal van 199. Dit betekent een respons van 62,3 %. Dertien oefentherapeuten-Mensendieck hebben een vragenlijst aangevraagd. Hiervan zijn 9 vragenlijsten voor de uiterste inleverdatum geretourneerd. Hiermee komt het totaal aantal respondenten op 133.

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

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

Tabel 7.1 Setting oefentherapeuten Mensendieck in % (n=133)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Vrijgevestigde eigen praktijk	65
Vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair	26
Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair	20
Bedrijfs oefentherapeut	14
Verpleeghuis/bejaardenhuis/verzorgingshuis	2
Thuiszorgorganisatie/ het kruiswerk	2
School	1
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	1
Ziekenhuis(algemene en academische ziekenhuizen, gericht op somatiek)	0
Psychiatrisch ziekenhuis	0
Revalidatiecentrum	0
Anders, namelijk (* o.a. werden genoemd: 'zwangerschapsdocent' en 'groepspraktijk in verzorgingshuis'.	12
Gemiddeld heeft elke respondent 1,4 antwoorden gegeven.	

Tabel 7.2 Gemiddeld aantal uur dat oefentherapeuten Mensendieck werkzaam zijn in de eerste lijn in % (n=130)

	%
0-8 uur oefentherapie-Mensendieck per week	1
9-16 uur oefentherapie-Mensendieck per week	6
17-24 uur oefentherapie-Mensendieck per week	36
25-32 uur oefentherapie-Mensendieck per week	31
33-40 uur oefentherapie-Mensendieck per week	26
Totaal	100

Uit tabel 7.1 en 7.2 komt naar voren dat verreweg het grootste deel van de oefentherapie-Mensendieck wordt geleverd door oefentherapeuten-Mensendieck uit een vrijgevestigde eigen praktijk. Het merendeel van de respondenten is gemiddeld 2 of 3 dagen per week in de eerste lijn werkzaam.

7.2 Huidige situatie

In de vragenlijst is de respondenten gevraagd of zich in de huidige situatie wel eens cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aanmelden bij de praktijk of zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts.

Tabel 7.3 Frequentie van aanmeldingen zonder verwijzing in % (n=132)

	%
Nee, (bijna nooit)	34
Ja, soms	63
Ja, wekelijks	2
Ja, bijna dagelijks	1
Totaal	100

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in de huidige situatie het een enkele keer voorkomt dat cliënten zich zonder verwijzing van een arts bij een praktijk of zorginstelling voor oefentherapie-Mensendieck aanmelden.

De oefentherapeuten Mensendieck die momenteel reeds te maken hebben met patiënten die zich zonder verwijzing melden (n=88) is gevraagd aan te geven welke klachten dit betreft en hoe dat administratief wordt afgehandeld.

Tabel 7.4 Categorieën cliënten die zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden in % (n=88)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	28
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling	63
Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut Mensendieck	63
Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijv. een fysiotherapeut	33
Kinderen met houdingsafwijkingen	31
Patiënten met werkgerelateerde klachten	31
Patiënten met chronische klachten	16
Andere patiënten, namelijk*	33
Gemiddeld heeft elke respondent 2,97 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'zwangere vrouwen' en 'patiënten met vragen over preventie.'

Uit bovenstaande tabel blijkt dat wanneer cliënten zich zonder verwijzing van een arts aanmelden, het voornamelijk om cliënten gaat, die al bekend zijn met de praktijk of instelling of om cliënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut Mensendieck. Daarnaast gaat het regelmatig om patiënten die komen op verwijzing van een fysiotherapeut of om kinderen met houdingsafwijkingen of om patiënten met werkgerelateerde klachten.

Uit tabel 7.5 en 7.6 blijkt dat, wanneer cliënten zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden, zij in veel gevallen eerst worden terugverwezen of er wordt achteraf een verwijsbrief van de behandelende arts gevraagd. De belangrijkste interventies in deze situatie zijn 'behandelingen' en 'advies geven'.

Tabel 7.5 De belangrijkste interventies bij cliënten die zich rechtstreeks hebben aangemeld in % (n=88)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Behandelingen	58
Advies	56
Enmalige behandelingen	19
Anders, namelijk*	44
Gemiddeld heeft elke respondent 1,77 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werd o.a. genoemd: 'de cliënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor een verwijzing'.

Tabel 7.6 Administratieve en financiële afhandeling bij cliënten zonder verwijzing in % (n=88)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief	88
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/specialist/verpleeghuisarts gevraagd	31
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing	25
De cliënt betaalt contant	7
Anders, namelijk*	9
Gemiddeld heeft elke respondent 1,59 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werd o.a. genoemd: 'gratis' en 'terugkoppeling naar afdelingshoofd of bedrijfsarts'.

7.3 Toekomstige situatie

Men kan zich afvragen, wanneer oefentherapie-Mensendieck direct toegankelijk zou worden, of dit voor alle categorieën cliënten haalbaar/wenselijk is, of alleen voor specifieke categorieën. Een zelfde vraag kan men stellen met betrekking tot de soorten interventies die oefentherapeuten-Mensendieck in een direct toegankelijke eerste lijn zouden kunnen verrichten. Deze vragen zijn aan alle respondenten gesteld. Tevens hebben zij de gelegenheid gekregen om belangrijke aandachtspunten ten aanzien van een direct toegankelijke oefentherapie-Mensendieck kenbaar te maken voor de eigen werksituatie. In de tabellen 7.7 en 7.8 worden deze gegevens weergegeven.

Tabel 7.7 Categorieën cliënten geschikt voor directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck in % (n=132)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	29
Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut Mensendieck	74
Kinderen met houdingsafwijkingen	64
Patiënten met werkgerelateerde klachten	64
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling	64
Patiënten met chronische klachten	42
Patiënten die voor de eerste maal klachten hebben	28
Andere patiënten, namelijk*	16
Geen enkele categorie	2
Gemiddeld heeft elke respondent 3,81 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'mensen met spanningsgerelateerde klachten', 'zwangere vrouwen met bekkenklachten' en 'ouderen'.

Tabel 7.8 Interventies geschikt geacht voor directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck in % (n=132)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle interventies die ik nu ook verricht op verwijzing van een arts	73
Adviseren	50
Behandelingen	39
Eenmalige behandeling	34
Overige interventies, namelijk*	10
Geen enkele interventie	4
Gemiddeld heeft elke respondent 2,09 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'werkplekbezoek' en 'groepsles'.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een ruime meerderheid van de 132 respondenten (73%) in een direct toegankelijke eerste lijn, dezelfde soort interventies zou willen verrichten als in de huidige situatie. Daarnaast geeft 50% van deze respondenten 'adviseren' aan als geschikte interventie voor directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck. Verschillende categorieën cliënten worden door de respondenten geschikt gevonden voor directe toegankelijkheid. De meest genoemde categorieën zijn: patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van een oefentherapeut Mensendieck, kinderen met houdingsafwijkingen, patiënten met werkgerelateerde klachten en patiënten die al bekend zijn met de praktijk of zorginstelling.

Tabel 7.9 Belangrijke aandachtspunten m.b.t. directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck vanuit de eigen werksituatie gezien (n=131)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn	95
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)	82
De financiering moet zijn gegarandeerd	82
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck	79
De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck	69
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	46
De oefentherapeut Mensendieck zou zelf inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt	29
De bevoegdheden van de oefentherapeut Mensendieck moeten worden uitgebreid	19
Andere aandachtspunten en/of invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk*	10
Gemiddeld heeft elke respondent 5,09 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kennis van contraindicaties nodig', 'juridische aspecten' en 'terugkoppeling naar de huisarts'.

Uit tabel 7.9 blijkt dat vrijwel alle respondenten (95%) van mening zijn, dat het mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als mede overige

medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn. Daarnaast vindt een grote meerderheid van de respondenten het belangrijk dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn komt en dat de financiering gegarandeerd is (82%). Een ander belangrijk aandachtspunt is dat zowel de overige disciplines in de eerste lijn als de patiënt op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck (respectievelijk 79% en 69% van de 131 respondenten geeft dit aan).

7.4 Standpuntbepaling uitvoerend niveau

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd of zij positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck staan. Voorafgaand aan deze vraag wordt de invulling van het begrip directe toegankelijkheid nader omschreven (zie voetnoot pag. 1). Tevens wordt vermeld dat, wanneer oefentherapie-Mensendieck in de toekomst direct toegankelijk zou worden, dit hoogst waarschijnlijk ondersteund zal moeten worden met een goede voorlichtingscampagne naar de patiënt toe d.m.v. bijvoorbeeld het verspreiden van foldermateriaal en het inschakelen van patiëntenverenigingen. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.10 Standpuntbepaling directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck in % (n=130)

	%
Sterk positief	22
Positief	49
Neutraal	18
Negatief	9
Sterk negatief	2
Totaal	100

Het blijkt dat 71% van de 130 respondenten positief of sterk positief tegenover directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck staat, 18% staat hier neutraal tegenover, 9 % zou dit als een negatieve ontwikkeling zien en 2% als een sterk negatieve ontwikkeling.

7.5 Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck

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

Voordelen t.a.v. directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck

- De cliënt kan sneller worden geholpen; verkorting procedure; minder bureaucratie;
- Drempelverlagend;
- De patiënt is zelf verantwoordelijk, kan zijn eigen keuzes maken;
- Motivatie van de patiënt wellicht beter door eigen keuze voor oefentherapie-Mensendieck;
- Kans op chronisch worden van klachten wordt kleiner omdat patiënten sneller kunnen worden geholpen;
- Cliënten van huisartsen die in de huidige situatie niet worden doorverwezen naar de oefentherapie-Mensendieck kunnen in een dergelijke situatie wel gebruik maken van deze therapievorm;
- Kostenbesparend voor gezondheidszorg;
- Makkelijker doorverwijzen naar/ samenwerken met andere disciplines;
- Uitbreiding preventieve oefentherapie;
- Ontlasting huisarts.

Nadelen t.a.v. directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck

- Onbekendheid van oefentherapie-Mensendieck, hierdoor komen minder patiëntenaar de oefentherapeut-Mensendieck. Door de onbekendheid van oefentherapie-Mensendieck gaan mensen waarschijnlijk eerder naar een fysiotherapeut;
- Cliënten kunnen gaan 'shoppen';
- Een medische diagnose ontbreekt; cliënten kunnen niet altijd zelf vertellen wat hun aandoening is; soms is dan geen duidelijk beeld over de prognose bij een ziektebeeld;
- Het navragen van een medische diagnose en achtergrond kost extra tijd indien de patiënten zonder verwijzing bij de oefentherapeut-Mensendieck komen;
- De filterfunctie van de huisarts verdwijnt waardoor cliënten met hulpvragen kunnen komen die niet geschikt zijn voor de oefentherapie-Mensendieck;
- Wegvallen van de huisarts als coördinator/poortwachter van zorg rondom de patiënt, hierdoor is er een verhoogde kans op medische fouten;
- Je bent afhankelijk van de mondigheid c.q. het initiatief van de cliënt;
- Onduidelijkheid m.b.t. tot verantwoordelijkheid en verzekeringstechnische zaken.

7.6 Bijscholing

De respondenten is gevraagd of zij het noodzakelijk achten, dat oefentherapeuten-Mensendieck inhoudelijk worden bijgeschoold wanneer oefentherapie-Mensendieck direct toegankelijk zou worden. Als de respondenten dit inderdaad noodzakelijk vonden is hen vervolgens gevraagd waarop deze bijscholing zich moet richten. De resultaten worden in de tabellen 7.11 en 7.12 weergegeven.

Tabel 7.11 Noodzaak van bijscholing i.v.m. directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck in % (n=132)

	%
Ja	74
Nee	26
Totaal	100

Tabel 7.12 Soorten bijscholing in verband met directe toegankelijkheid % (n=98)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
"Hoed u voor valkuilen", zoals het over het hoofd zien van maligniteiten	74
Kennis van wet en regelgeving	63
Communicatie met artsen	51
Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. fysiotherapeuten etc.)	49
Kennis van indicatiestelling om vast te stellen of er een indicatie oefentherapie-Mensendieck is	49
Kennis van pathologie	38
Anders, namelijk (o.a. genoemd: 'het huidige bijscholingsprogramma van de NVOM'.)	4
Gemiddeld heeft elke respondent 3,28 antwoorden gegeven.	

7.7 Rapportage naar de huisarts

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

Tabel 7.13 Noodzaak rapportage naar huisarts in % (n=119)

	%
Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	42
Ja, na afronding van de behandeling	42
Ja, na het eerste contact	2
Anders, namelijk*	12
Nee, niet nodig	2
Totaal	100

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'in ieder geval na afronding, mogelijk tussentijds', 'in overleg met patiënt' en 'indien er bijzonderheden zijn'.

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

7.8 Draagvlak eventueel proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck

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

Tabel 6.14 Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck in % (n=132)

	%
Ja	36
Ja, mits*	35
Nee	29
Totaal	100

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

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er voldoende oefentherapeuten Mensendieck zijn, die bereid zijn om aan een proefproject mee te werken.

8 Randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

8.1 Inleiding

Er lijkt voldoende draagvlak te zijn voor het uitvoeren van een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck. De effecten van het verdwijnen van de oefentherapie-Mensendieck uit het ziekenfondspakket op de directe toegankelijkheid zijn nog moeilijk in te schatten.

Binnen de beroepsgroep bestaat nog geen overeenstemming over concrete proefprojecten en of proefregio's. Wel zijn enkele regio's door de NVOM genoemd die eventueel voor een proefproject in aanmerking kunnen komen, bijvoorbeeld Amsterdam, regio groot Den Haag, Friesland. De NVOM heeft gesuggereerd te overwegen om de proefprojecten te laten aansluiten bij de regio waar het proefproject directe toegankelijkheid fysiotherapie loopt, dat is voordelig in verband met de ervaring die zowel artsen als verzekeraars hierbij hebben opgedaan.

Het zou wenselijk zijn om nader met alle regiomanagers hierover te overleggen en pas daarna een keuze te maken. Ook is het volgens de NVOM aan te bevelen om voor de pilot oefentherapie-Mensendieck en Oefentherapie Cesar dezelfde regio te kiezen.

Het uitvoeren van een proefproject kan inzicht geven in haalbaarheid, effecten op verbetering efficiëntie, omvang van de zorgvraag, mogelijkheden tot beheerbaarheid en de risico's o.a. t.a.v. het over het hoofd zien van essentiële aandoeningen (zoals maligniteiten).

Uit de enquête uitgevoerd onder de oefentherapeuten-Mensendieck is gebleken dat het momenteel al soms voorkomt dat patiënten zich zonder verwijzing aanmelden bij de oefentherapeut-Mensendieck. Het betreft hier veelal patiënten die al bekend zijn met de praktijk of patiënten met recidiverende klachten waarvoor men al eerder onder behandeling was van een oefentherapeut-Mensendieck. Ook zijn dit regelmatig patiënten die door een fysiotherapeut worden doorverwezen.

De belangrijkste interventies die zijn uitgevoerd bij de patiënten die zich rechtstreeks tot de oefentherapeut-Mensendieck wendden wijken niet af van de gebruikelijke handelingen het gaat met name om advies, behandeling of éénmalige behandeling.

Eén op de vier oefentherapeuten-Mensendieck (25 %) geeft aan de behandeling momenteel al vergoed te krijgen zonder verwijzing.

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

Praktische zaken die van tevoren goed geregeld moeten worden zijn volgens de NVOM:

- Regelgeving: vergoeding van behandelingen zonder doorverwijzing;
- Informatie naar cliënten: waarvoor bestaat er wel of geen mogelijkheid voor directe toegankelijkheid. Dit kan plaatsvinden via tijdschriften van verzekeraars, affiches en folders;
- Informatie naar huisartsen en eventueel naar andere zorgverleners zoals fysiotherapeuten;
- Ontwikkelen van een protocol over wederzijdse informatie (LHV hierbij betrekken);
- Ontwikkelen protocol werkwijze en communicatie directe toegankelijkheid;

- Organiseren bij- en nascholing i.v.m. proefproject directe toegankelijkheid;
- Vergoeding voor extra belasting vanwege deelname aan onderzoek (met name
- financieel, extra accreditatiepunten is geen lokkertje).

9 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is op drie niveaus ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van oefentherapeuten in de eerste lijn; op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, zorgverzekeraars en patiënten. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

9.2 Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen

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

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

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

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

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

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

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

Aanbeveling

Directe toegankelijkheid lijkt mogelijkheden te bieden voor:

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

9.3 Kwaliteitseisen oefentherapeuten-Mensendieck

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

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

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

Aanbeveling

Voor invoering van directe toegankelijkheid zou een bijscholing “Hoed u voor valkuilen” voor oefentherapeuten-Mensendieck moeten komen. Het herkennen van “red & yellow flags” moet hier onderdeel van uit maken. Daarnaast zouden de volgende onderwerpen een onderdeel van de bijscholing moeten zijn:

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

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

9.4 Communicatie en registratie relevante gegevens

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

Aanbeveling

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

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

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

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

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

9.5 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

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

Aanbeveling

Er lijkt voldoende draagvlak voor een proefproject directe toegankelijkheid te zijn. Wel moet aan de eerder (o.a. in hoofdstuk 8) genoemde voorwaarden zijn voldaan.

9.6 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

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

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

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

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

10 Literatuur

Gezondheidsraad. Oefentherapie, Den Haag, Gezondheidsraad, 2003, publicatienr. 203/22.

HOF, Handreiking voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck, algemene toelichting, NPi, Amersfoort, 2001

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

NVOM Jaarverslag 2002, Utrecht, 2003.

Vugts C, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten-Mensendieck, Peiling 2002, Utrecht, maart 2003.

Wimmers R, Swinkels I, van den Ende R, Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg, Tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, 2002, 1, 6-7

Wimmers R, Swinkels I, Visser I, de Bakker D, van den Ende E, Jaarboek LIPZ 2001, deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck, NIVEL, Utrecht 2002.

A Vragenlijst regionaal niveau



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



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

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

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

Gaarne zien wij uw reactie voor **15 augustus 2003** tegemoet.

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

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

Tinus Jongert, projectmedewerker (t.jongert@pg.tno.nl; tel: 071-5181606)

Hartelijk dank voor uw medewerking!

B Vragenlijst uitvoerend niveau

•



Vragenlijst

directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck

Oefentherapie-Mensendieck (OM) vindt nu uitsluitend plaats op verwijzing van artsen. De kennis van artsen van oefentherapie-Mensendieck in relatie tot het bewegend functioneren is vaak beperkt. Daarmee voegt deze voor de verzekering noodzakelijke schakel van verwijzing zorginhoudelijk niet altijd veel toe en levert aldus een aanvullende (administratieve) belasting op voor o.a. huisartsen. Daarnaast blijven noodzakelijke verwijzingen naar de oefentherapeut-Mensendieck soms achterwege. Dit kan onnodig medicaliserend werken en tot hogere kosten leiden.

Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en oefentherapie-Mensendieck in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de oefentherapeut-Mensendieck. Directe toegankelijkheid kan bijdragen tot de volwassenheid en professionaliteit van de oefentherapie-Mensendieck in de eerste lijn en verhoogt wellicht de aantrekkelijkheid van het eigen ondernemerschap van oefentherapeuten Mensendieck in Nederland.

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

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

Deze vragenlijst is opgesteld in nauwe samenwerking met de beroepsgroep, in deze vertegenwoordigd door mevrouw T. de Rijcke – van Veelen (adviseur NVOM).

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

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

Tinus Jongert, projectmedewerker (T.Jongert@pg.tno.nl; tel 071 5181606)

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

1a. In welke gemeente bent u werkzaam?

1b. Provincie

2. Vanuit welke setting biedt u Oefentherapie-Mensendieck aan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ₁ Vrijgevestigde eigen praktijk
₁ Vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair
₁ Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair
₁ Verpleeghuis/bejaardenhuis/verzorgingshuis
₁ Ziekenhuis (algemene en academische ziekenhuizen, gericht op somatiek)
₁ Psychiatrisch ziekenhuis
₁ Revalidatiecentrum
₁ Thuiszorgorganisatie/ het kruiswerk
₁ School
₁ Instelling voor verstandelijk gehandicapten
₁ bedrijfsoefentherapeut
₁ Anders, namelijk _____

3. Hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samen genomen) bent u gemiddeld per week als oefentherapeut-Mensendieck in de eerste lijn werkzaam?

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

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

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

Aantal oefentherapeuten Mensendieck: _____

Aantal in fte: _____

Aantal OM in eerste lijn in fte _____

5. Hoeveel jaar praktijkervaring heeft u?

_____ jaar

6. Neemt u deel aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg (zoals IOM)?

- ₁ Ja, namelijk _____
₂ Nee

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

7. Melden zich nu al cliënten uit zichzelf (telefonisch) aan bij de praktijk/ zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts?
- ₁ Nee, (bijna) nooit (ga verder bij vraag 11)
 - ₂ Ja, soms
 - ₃ Ja, wekelijks
 - ₄ Ja, (bijna) dagelijks
8. Om welke categorieën cliënten gaat het dan? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle categorieën patiënten
 - ₁ Patiënten met diverse klachten die reeds bekend zijn met de praktijk/ instelling
 - ₁ Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige uit de eerste lijn
 - ₁ Patiënten met chronische klachten
 - ₁ Kinderen met houdingsafwijkingen
 - ₁ Patiënten met werkgerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat
 - ₁ Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut-Mensendieck
 - ₁ Andere patiënten, namelijk _____
9. Wat zijn de belangrijkste interventies die u heeft gebruikt tijdens de behandeling van deze cliënten die zichzelf aanmelden bij de praktijk/zorginstelling? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Advies
 - ₁ Eenmalige behandeling
 - ₁ Behandelingen
 - ₁ Anders, namelijk _____
10. Hoe wordt het één en ander administratief en financieel afgehandeld in deze situatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief
 - ₁ Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts gevraagd
 - ₁ De cliënt betaalt contant
 - ₁ Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van een arts
 - ₁ Anders, namelijk _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

Oefentherapie-Mensendieck vindt nu wettelijk bepaald uitsluitend plaats op verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en oefentherapie-Mensendieck in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de oefentherapeut-Mensendieck. *De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zich zelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns oefentherapeut-Mensendieck¹.*

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

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

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

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

14. Welke categorieën cliënten acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle categorieën cliënten
 - ₁ Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut-Mensendieck
 - ₁ Patiënten met diverse klachten die reeds bekend zijn met de praktijk/ instelling
 - ₁ Patiënten met chronische klachten
 - ₁ Patiënten die voor de eerste maal rugklachten hebben
 - ₁ Kinderen met houdingsafwijkingen
 - ₁ Patiënten met werkgerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat
 - ₁ Andere patiënten, namelijk _____
 - ₁ Geen enkele categorie
15. Welke interventies acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle interventies die ik nu ook verricht op verwijzing van een arts
 - ₁ Eenmalige behandeling
 - ₁ Behandelingen
 - ₁ Adviseren
 - ₁ Overige interventies, namelijk _____
 - ₁ Geen enkele interventie
16. Wat ziet u als belangrijk(e) aandachtspunt(en) vanuit uw eigen werksituatie, wanneer de OM die onder de ziekenfondswet valt direct toegankelijk wordt gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Het moet mogelijk blijven om *bij de arts* een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn
 - ₁ De bevoegdheden van de OM moeten worden uitgebreid
 - ₁ De OM zou *zelf* inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt
 - ₁ Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)
 - ₁ De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van OM
 - ₁ De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van OM
 - ₁ Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)
 - ₁ De financiering moet zijn gegarandeerd
 - ₁ Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk:
-
-
-

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

17. Vindt u het noodzakelijk dat oefentherapeuten Mensendieck inhoudelijk bijgeschoold worden in verband met de directe toegankelijkheid van oefentherapie-Mensendieck?
- ₁ Ja
- ₂ Nee (Ga verder bij vraag 19)
18. Waarop moet deze bijscholing zich richten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Kennis van wet en regelgeving
- ₁ Kennis van pathologie
- ₁ Kennis van indicatiestelling om vast te stellen of er een indicatie oefentherapie-Mensendieck is
- ₁ Hoed u voor valkuilen, zoals het over het hoofd zien van maligniteiten
- ₁ Communicatie met artsen
- ₁ Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, etc)
- ₁ Anders, namelijk _____
19. Vindt u het noodzakelijk dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij u meldt, een rapportage naar de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts wordt verzorgd?
- ₁ Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling
- ₁ Ja, na het eerste contact
- ₂ Ja, na afronding van de behandeling
- ₃ Anders, nl _____
- ₄ Nee, niet nodig

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

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

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie-Mensendieck'

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

Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____

Naam contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

e-mail: _____

U kunt de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolop terugsturen naar TNO Preventie en Gezondheid. Uw antwoorden zullen strikt anoniem worden verwerkt en gerapporteerd.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

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