



743

Bewegen en Gezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18

F 071 518 19 20

info-B&G@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/B&G 2003.337

**Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
Oefentherapie Cesar**

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 42

Aantal bijlagen 2

Opdrachtgever College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Projectnummer 011.70006

Stamboeknummer

18.918

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

© 2004 TNO

Auteurs:
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 2003.337.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Oefentherapie Cesar in beeld	8
2.1	Achtergrondinformatie	8
2.2	De Regeling (oefentherapie in de eerste lijn)	9
2.3	Aantal beroepsbeoefenaars.....	9
2.4	De opleiding	10
2.5	De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC).....	10
2.6	Ontwikkelingen oefentherapie in de eerste lijn.....	10
2.7	Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid.....	11
2.8	Leeswijzer	11
3	Werkwijze.....	12
3.1	Opzet haalbaarheidsstudie.....	12
3.2	Definitie 'Directe toegankelijkheid'	13
4	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau.....	14
4.1	Inleiding	14
4.2	Houding van landelijke koepel tegenover directe toegankelijkheid.....	14
4.3	Houding van regio's tegenover directe toegankelijkheid.....	15
4.4	Houding van andere partijen tegenover directe toegankelijkheid	15
4.5	Voor- en nadelen	18
4.6	Mogelijke invalshoek proefproject.....	18
5	Kwaliteitseisen oefentherapeuten	20
5.1	Kwaliteitsbeleid VBC	20
5.2	Huidige kwaliteitseisen	22
5.3	Toekomst kwaliteitsbeleid VBC	22
5.4	Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.....	22
5.5	Specifieke eisen t.a.v. kwaliteit die voortkomen uit directe toegankelijkheid	23
5.6	Verantwoordelijkheid.....	23
6	Communicatie en registratie relevante gegevens.....	24
6.1	Inleiding	24
6.2	Communicatie oefentherapeut-patiënt	24
6.3	Communicatie huisarts-oefentherapeut.....	25
6.4	Communicatie oefentherapeut-huisarts-zorgverzekeraar	26
7	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	28
7.1	Inleiding	28
7.2	Huidige situatie	29
7.3	Toekomstige situatie	31
7.4	Standpuntbepaling uitvoerend niveau	32
7.5	Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar.....	33
7.6	Bijscholing	34
7.7	Rapportage naar de huisarts	35
7.8	Draagvlak eventueel proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar	35

8	Randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	36
8.1	Inleiding	36
8.2	Overige randvoorwaarden c.q. aandachtspunten die in de landelijke interviews naar voren kwamen	36
9	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	37
9.1	Inleiding	37
9.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	37
9.3	Kwaliteitseisen oefentherapeuten.....	38
9.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	38
9.5	Draagvlak voor directe toegankelijkheid	39
9.6	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	39
10	Literatuur	40
	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 Tandprotheticci. Het betreft beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen of tandartsen.

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

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

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 Cesar.

2 Oefentherapie Cesar in beeld

2.1 Achtergrondinformatie

Wat is oefentherapie Cesar?

Oefentherapie Cesar is gericht op het behandelen en voorkomen van klachten ten gevolge van een onjuist houdings- en bewegingspatroon, al dan niet veroorzaakt door een bepaalde afwijking of ziekte. De oefentherapeut Cesar is gespecialiseerd in het analyseren van houdingen en bewegingen en het aanleren van goede bewegingsgewoonten (v Boven, 2000).

Oefentherapie Cesar is een paramedische behandelmethod, ontwikkeld door Marie Cesar.

Mensen lopen, gaan zitten, staan op. Mensen bukken, tillen, springen, maar niet iedereen gebruikt bij dezelfde beweging dezelfde spieren in dezelfde mate. Al dat bewegen gebeurt grotendeels onbewust en iedereen ontwikkelt zo zijn eigen houdings- en bewegingsgewoonten. De basisgedachte van de oefentherapie Cesar is:

- dat er een optimaal houdings- en bewegingspatroon is aan te wijzen;
- dat iedereen goede houdings- en bewegingsgewoonten kan ontwikkelen via een gericht leerproces.

Bewegingen worden "goed" genoemd als o.a. spieren daarbij optimaal samenwerken en daarbij de gewrichten op de juiste manier worden belast.

Het doel van oefentherapie Cesar is de klachten te doen verdwijnen, verminderen en/of te voorkomen, uitgaande van ieders - strikt persoonlijke - bewegingsmogelijkheden en rekening houdend met de bepaalde situatie waarin een ieder zich bevindt (leef- en beroepsomstandigheden).

Vanaf 1972 is het beroep van oefentherapeut Cesar wettelijk erkend onder de wet op de paramedische beroepen en thans ressorteert het onder de Wet Individuele Beroepen Gezondheidszorg (Wet BIG). Als gevolg van de wettelijke erkenning volgde in 1974 de opname van de behandeling door een oefentherapeut Cesar in het ziekenfondspakket. Inmiddels vergoeden ook alle particuliere ziektekostenverzekeraars de kosten van deze therapie. Naast de algemene oefentherapie Cesar voor mensen met houdings- en bewegingsproblemen zijn in de loop der jaren bepaalde werkerreinen ontwikkeld. Bijvoorbeeld oefentherapie Cesar voor kinderen, voor zwangeren, voor zangers en musici, voor sporters en voor advisering in bedrijven (website VBC).

Achtergronden behandelingen oefentherapie Cesar

Gegevens over oefentherapie Cesar komen uit een onderzoek uitgevoerd door het Nivel (LIPZ netwerk) onder ziekenfondsverzekerden. Gegevens werden verzameld over de periode maart 2001 tot juni 2002. In het onderzoek participeerden 27 oefentherapeuten Cesar, gegevens van 2562 patiënten die een reguliere behandeling oefentherapie Cesar ondergingen werden verwerkt. Het grootste deel van de patiënten wordt door de huisarts doorverwezen (90%). Van de doorverwezen patiënten is circa driekwart vrouw. De meeste patiënten zijn tussen de 25 en 34 jaar, slechts 5% is ouder dan 65 jaar. De meest voorkomende verwijsdiagnoses zijn lage rugpijn (42%), symptomen en klachten van de nek (16%), hyperventilatie (6%) en verworven afwijkingen van de wervelkolom (5%) (Wimmers et al, 2003).

De behandeling bestaat bij mannen gemiddeld uit 10,8 zittingen en bij vrouwen gemiddeld uit 11,3 zittingen. De gemiddelde behandelduur bij mannen bedraagt 13,6 weken, bij vrouwen is dat 14,1 weken (Wimmers et al, 2003).

2.2 De Regeling (oefentherapie in de eerste lijn)

Momenteel is het nog zo dat oefentherapeuten Cesar behandelen op doorverwijzing van een arts. Oefentherapie Cesar wordt gegeven in de praktijkruimte van de oefentherapeut of - indien noodzakelijk - bij de patiënt thuis.

Een individuele behandeling oefentherapie Cesar 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 Cesar € 37,00. Per jaar worden 9 behandelingen per diagnose vergoed, in aanvullende verzekeringen wordt dat aantal doorgaans met nog eens 9 behandelingen uitgebreid. Bij de meeste particuliere ziektekostenverzekeringen is dit ook het geval, maar wordt er soms na 9 behandelingen informatie opgevraagd.

Wanneer de verwijzend arts er niet zeker van is of oefentherapie Cesar de aangewezen therapie is, dan kan deze de patiënt voor een éénmalig consult naar een oefentherapeut Cesar 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 Cesar aanvullende afspraken heeft gemaakt met het ziekenfonds. Onder bepaalde voorwaarden en in overleg met de oefentherapeut Cesar en de patiënt zelf, kan een verwijzend arts 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 Cesar gaat dan 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 waren op 1 januari 2002 circa 920 oefentherapeuten Cesar werkzaam, waarvan 93 % vrouw is. Het merendeel van de oefentherapeuten Cesar is werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk (88%). Een minderheid is werkzaam in een instelling (5%) of werkt zowel in een instelling als in een zelfstandig gevestigde praktijk (7%). In Nederland zijn er 548 praktijkadressen. In het merendeel van de praktijkadressen is één oefentherapeut Cesar werkzaam (66%), in 24% van de praktijkadressen werken 2 oefentherapeuten. Meer dan 4 oefentherapeuten komt nauwelijks voor (3%) (Vugts en Hingstman, 2003).

De praktijkhouders werken gemiddeld 29,8 uur per week en de medewerkers in loondienst van een zelfstandig gevestigde praktijk werken gemiddeld 22,7 uur per week. De oefentherapeuten Cesar die werkzaam zijn in loondienst bij een instelling werken gemiddeld 27,6 uur per week (Vugts en Hingstman, 2003).

De gemiddelde leeftijd van de oefentherapeuten Cesar bedraagt 38 jaar. Van de oefentherapeuten Cesar is 57% jonger dan 40 jaar en 5% is ouder dan 55 jaar (Vugts en Hingstman, 2003).

Het aantal inwoners per fte van de oefentherapeut Cesar bedraagt 31.476. In bepaalde regio's zijn er relatief veel oefentherapeuten Cesar, namelijk in de regio Utrecht, Gooi / Eemland en Noord-west Veluwe. Relatief weinig oefentherapeuten Cesar zijn er in de regio's Kennemerland / Haarlemmermeer en Amsterdam.

2.4 De opleiding

Per 1 september 2003 is de Bachelor/Masterstructuur van de opleiding gerealiseerd en de opleidingsduur van de opleiding oefentherapie Cesar verlengd van 3 naar 4 jaar.

Er is in Nederland één opleiding voor oefentherapie Mensendieck aan de Hogeschool van Utrecht. 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.

2.5 De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)

De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) is de beroepsorganisatie van oefentherapeuten Cesar. De VBC vereniging stelt zich ten doel:

- de bevordering van de oefentherapie Cesar, gebaseerd op de bewegingsleer van mevrouw Maria Cesar;
- het behartigen van de sociaal-economische en rechtspositionele belangen van de leden;
- het bevorderen van een goede landelijke en regionale spreiding van het aanbod aan oefentherapie Cesar;
- het bevorderen en behouden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Ruim 90 % van alle oefentherapeuten Cesar is lid van de Vereniging Bewegingsleer Cesar. Per 31 december 2002 bedraagt het aantal leden van de VBC 1.025. Hiervan zijn er 873 werkende leden, waarvan er 807 werkzaam zijn in een particuliere praktijk (92.4%). Naast de werkende leden zijn er 121 niet-werkende leden, 12 buitenlandse leden, 16 aspirant leden en 8 ereleden.

De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) kent een regionale indeling hierbij wordt gebruik gemaakt van de indeling naar regio's conform de indeling van de districten van de LHV. Nederland is opgedeeld in 23 regio's.

2.6 Ontwikkelingen 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. Voorgesteld is het 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.

Oefentherapie Cesar gaat per 1 januari 2004 uit het ziekenfondspakket.

Ziektekostenverzekeraars zullen waarschijnlijk oefentherapie aanbieden in het aanvullende pakket. Misschien dat de diverse verzekeraars verschillende regelingen kunnen treffen met betrekking tot directe toegankelijkheid.

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 Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) 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).

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

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

De VBC vindt het jammer dat oefentherapie Cesar door omstandigheden niet in de eerste ronde van het onderzoek heeft meegedaan. Communicatiestoornissen tussen CVZ en VBC hebben hierin een rol gespeeld.

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 Cesar. In dit onderdeel van het rapport wordt ingegaan op de hoofdvraag óf en onder welke voorwaarden één of meerdere proefprojecten directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar gestart kunnen worden.

De hoofddoelstelling is geoperationaliseerd in de volgende deelvragen:

1. Is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de oefentherapeut Cesar zonder verwijzing van de huisarts of specialist?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen oefentherapeuten Cesar te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid van oefentherapeuten Cesar?
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 Cesar voor directe toegankelijkheid?
5. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar 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 Cesar 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 8 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 Cesar 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 Cesar, de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC), 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 Cesar 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 VBC
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 VBC 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 Cesar

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

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 Cesar”.

In de nu volgende hoofdstukken (H3 t/m H5) worden de uitkomsten van het onderzoek op landelijk en regionaal niveau weergegeven. In hoofdstuk 6 worden de resultaten gepresenteerd, die uit de enquête met een steekproef van oefentherapeuten naar voren zijn gekomen (het uitvoerende niveau).

4 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het standpunt van landelijke organisaties ten aanzien van de eerste vraag van de haalbaarheidsstudie, te weten: *is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de oefentherapie Cesar zonder verwijzing van de huisarts of specialist?*

De landelijke organisaties betreffen de koepelorganisatie van oefentherapeuten Cesar, 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 Cesar

De beroepsorganisatie VBC vindt het wenselijk voor de patiënt als de oefentherapeuten Cesar direct toegankelijk worden. Bij invoering van directe toegankelijkheid vindt de VBC volledige directe toegankelijkheid niet wenselijk. Directe toegankelijkheid kan beperkt worden tot bepaalde patiëntcategorieën. De patiëntgroepen die voor directe toegankelijkheid in aanmerking komen worden later besproken. Naast directe toegankelijkheid van de oefentherapie, waarbij patiënten zonder verwijfsbrief van een arts rechtstreeks door de oefentherapeut behandeld kunnen worden is de VBC ook voorstander van mogelijkheden tot

“horizontale” directe toegankelijkheid. Hiervan is sprake als de oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en fysiotherapeuten zonder verwijzing van een arts een beroep kunnen doen op elkaars expertise.

Belangrijk punt bij deze mening is de vrije toegankelijkheid van de fysiotherapie. Indien de fysiotherapie vrij toegankelijk is dan moet dit ook gelden voor de oefentherapie Cesar. De VBC betreurt het dat oefentherapie Cesar door omstandigheden niet in de eerste ronde van het onderzoek heeft meegedaan. Communicatiestoornissen tussen CVZ en VBC hebben hierin een rol gespeeld.

Er zijn wel twijfels over de reden waarom de directe toegankelijkheid wordt ingevoerd. Indien de motivatie het verlagen van de werkdruk van de huisartsen is, dan is het de vraag of dit bereikt gaat worden.

Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar

Het is volgens de VBC voor oefentherapeuten Cesar in de eerste lijn reeds haalbaar om gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid. Met name geldt dit voor de volgende groepen patiënten:

- Patiënten met aan werk gerelateerde klachten die de houding willen verbeteren zoals patiënten met RSI klachten;
- Patiënten met houdingsafwijkingen (zowel kinderen als volwassenen);
- Patiënten die voor de 1e maal klachten hebben van het bewegingsapparaat bijvoorbeeld de rug, nek, schouders;

- Patiënten met recidief klachten die hiervoor al eerder onder behandeling waren van de oefentherapeut Cesar;
- Patiënten met chronische hoofdpijnklachten.

De VBC is geen voorstander van een volledige directe toegankelijkheid. Voor vrije toegankelijkheid komen niet in aanmerking: patiënten met complexe klachten, waarbij de huisarts een belangrijke toegevoegde waarde heeft in de diagnostiek.

De beroepsgroep oefentherapeuten Cesar is van mening dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid, omdat er een goed kwaliteitsbeleid is. Er is sprake van een goede na- en bijscholing, een goede regiostructuur en IOC's. Een bijkomend voordeel is de compactheid van de beroepsgroep. Omdat er slechts ruim 900 oefentherapeuten Cesar zijn, kunnen vernieuwingen relatief snel doorgevoerd worden.

Het is echter niet noodzakelijk om de directe toegankelijkheid te beperken tot aandoeningen waarvoor een richtlijn ontwikkeld is. De richtlijnen geven geen garantie voor veilig handelen bij directe toegankelijkheid. Wel geven de richtlijnen een checklist die in dit kader handig is. Ook geven de richtlijnen vertrouwen en benadrukken zij het belang van methodisch handelen voor de oefentherapeuten Cesar.

Voorwaarden voor invoering directe toegankelijkheid

Om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken is het volgens de beroepsorganisatie van oefentherapeuten Cesar nodig om de huidige regelgeving op de volgende gebieden bij te stellen:

- de oefentherapeut Cesar mag momenteel uitsluitend op verwijzing behandelen;
- de verantwoording voor de verwijzing ligt bij de verwijzer;
- conform artikel 34 is er geen tuchtrecht voor oefentherapeuten Cesar (wel klachten procedure);
- de beroepsaansprakelijkheid(sverzekering) voorziet mogelijk niet (in het afdekken van schadeclaims) bij directe toegankelijkheid;

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. De respons op deze aanvullende vragenlijst (naast de vragenlijsten die verzonden zijn aan de individuele beroepsbeoefenaren) was laag. Slechts één op de acht benaderde contactpersonen heeft de vragenlijst teruggestuurd. De respons op de individuele enquêtes voldeed aan de verwachtingen. Uitspraken zullen voornamelijk hierop gebaseerd worden.

Uit de (beperkte) gegevens verkregen via de regio's is niet gebleken dat momenteel al initiatieven zijn die in de richting gaan van directe toegankelijkheid. 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. Wel is aangegeven dat directe toegankelijkheid wenselijk wordt geacht.

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 Cesar 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 Cesar. Oefentherapie Cesar 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 Cesar en –Mensendieck.

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 Cesar 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 Cesar directe toegankelijkheid kan bijdragen aan de verdieping van het vak en de professionaliteit. Voor patiëntgroepen die in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid van oefentherapeuten Cesar 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 en dat oefentherapeuten essentiële informatie opvragen

bij de huisarts. 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 Cesar. 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 Cesar.

Directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar is wenselijk. Met name omdat oefentherapie een actieve therapie is, waarbij patiënten zelf veel moeten doen. Indien de patiënten zelf de stap nemen om naar de oefentherapeut Cesar te gaan, geeft dat aan dat zij gemotiveerd zijn. Wanneer de patiënten open staan voor de therapie en gemotiveerd zijn, is de kans op een succesvolle behandeling groter. Relatieve onbekendheid van de oefentherapie zowel bij patiënten als bij artsen kan momenteel nog een obstakel zijn. Hierdoor is men mogelijk eerder geneigd om te kiezen voor bekendere therapievormen zoals fysiotherapie, zelfs wanneer oefentherapie Cesar een geschiktere therapie zou zijn voor de betreffende patiënt.

Voor directe toegankelijkheid Oefentherapie Cesar komen in aanmerking:

- patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat in het algemeen. Denk hierbij aan klachten door inefficiënt spiergebruik, instabiliteitsklachten, houdingsklachten, spanningsklachten, hypermobiliteit, slecht lichaamsgevoel;
- patiënten met ademhalingsproblemen, zoals hyperventilatie/astma;
- patiënten met een slechte conditie;
- kinderen met een motorische achterstand, bijvoorbeeld na een screening in het basisonderwijs;
- mensen die komen voor preventieve zorg zoals mensen met zwaar lichamelijk werk, mensen met een zittend beroep.

Directe toegankelijkheid lijkt voor oefentherapeuten Cesar wel haalbaar. Het zal mogelijk het beste werken naast de huidige methode waarbij patiënten op verwijzing van een (huis)arts naar de oefentherapeut komen. Omdat niet alle patiënten zelfstandig de weg weten te vinden naar de oefentherapeut Cesar zal directe toegankelijkheid de oefentherapie op verwijzing niet volledig kunnen vervangen.

Op basis van een degelijk onderzoek kunnen oefentherapeuten een goede werkdiagnose stellen en voldoende inschatten of oefentherapie Cesar de juiste therapie is voor de patiënt. De mogelijkheid moet wel bestaan, om bij twijfel, een patiënt terug te sturen naar een arts.

Naast de mogelijkheden voor directe toegankelijkheid lijkt ook de "horizontale directe toegankelijkheid" wenselijk. Hierbij kunnen oefentherapeuten en bijvoorbeeld

fysiotherapeuten naar elkaar doorverwijzen zonder verwijfsbrief van een arts. De samenwerking tussen de disciplines kan gemakkelijker verlopen als de verplichte tussenstap naar de arts voor verwijzing vervalt.

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. Vooral nog lijkt de huisarts de meest aangewezen persoon om dit dossier te beheren.

Directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar 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 Cesar;
- het geeft een verdieping van het vak van de oefentherapeut Cesar;
- patiënten die zelfstandig naar de oefentherapeut Cesar 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 Cesar kunnen gaan, het vak is minder bekend dan bijvoorbeeld fysiotherapie;
- oefentherapeuten Cesar 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 VBC is geïnteresseerd in deelname aan een proefproject directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar. 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 VBC ziet concrete mogelijkheden voor het uitvoeren van proefprojecten in bepaalde regio's. Ook heeft de VBC suggesties voor verzekeraars die bij proefprojecten betrokken kunnen worden. Alvorens tot een concrete keuze te kunnen komen is nader overleg van de VBC 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 VBC 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 Kwaliteitsbeleid VBC

Doelstelling van het kwaliteitsbeleid van de VBC is het inzichtelijk maken van de beroepsuitoefening, de aard van de therapie en de werkwijze van de therapeut; het behoud en bevorderen van de kwaliteit in de beroepsuitoefening en bevordering van de professionaliteit van de praktijkvoering.

In het beleid 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 Meerjarenafspraken. Partners in de meerjarenafspraken zijn de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, de fysiotherapeuten en de logopedisten. In het Convenant Paramedische Zorg (de Meerjarenafspraken) zijn afspraken voor toekomstig beleid gemaakt tussen deze beroepsgroepen, VWS en Zorgverzekeraars Nederland voor de periode 1999-2003.

De VBC is aangesloten bij de stichting kwaliteitsregister Paramedici en heeft gekozen voor een vrijwillige registratie van de oefentherapeuten Cesar. Bij en nascholingen worden momenteel nog niet geaccrediteerd, wel worden er al punten gegeven. Een accreditatieformulier voor de toetsing van de bij- en nascholingscursussen is wel al door de VBC ontwikkeld.

Hoofdpunten kwaliteitsbeleid VBC

De VBC maakt gebruik van een kwaliteitssysteem, waarin kwaliteitsinstrumenten en overige aspecten van kwaliteit met elkaar in verbinding zijn gebracht. Dit om het beste resultaat te kunnen bereiken wat betreft het bewaken, bevorderen en borgen van kwaliteit van de oefentherapeut Cesar. Het betreft met name:

- invoering van de regionale structuur;
- invoering Intercollegiale Overleggroepen Oefentherapie Cesar (IOC's);
- ontwikkeling van een scholingsprogramma voor regionale kwaliteitscoördinatoren en IOC-begeleiders (samen met het CBO);
- aanstelling kwaliteitscoördinator VBC ;
- ontwikkeling beroepsinhoudelijke richtlijnen, er zijn inmiddels 6 richtlijnen ontwikkeld.

Deze richtlijnen worden via de IOC's geïmplementeerd.

Ten aanzien van de richtlijnen ontwikkeling is door de VBC de volgende procedure gevolgd:

Groepen oefentherapeuten zijn bijeen gebracht, verlanglijstjes uit de regio's zijn ingebracht en vervolgens zijn prioriteiten gesteld ten aanzien van onderwerpen / aandoeningen. Het NPi is ingeschakeld voor het maken van de richtlijnen. In de praktijk blijkt dat de richtlijnen soms te ingewikkeld zijn om in de praktijk te kunnen gebruiken, ze worden daarom gebruiksvriendelijker gemaakt. Het implementatietraject van de richtlijnen is gestart.

Tabel 5.1. Richtlijnen voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Mensendieck en oefentherapeuten Cesar.

	KNGF	Mensendieck	Cesar
Aandoeningen van het bewegingsapparaat en bindweefsel			
• Artrose heup – knie	JA	-	JA
• (Aspecifieke) lage ruggijn	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
Ongevalseletsels 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.

Keurmerk oefentherapeut Cesar

Daarnaast kent de Vereniging Bewegingsleer Cesar een keurmerk oefentherapeut Cesar. Dit keurmerk is een beschermd beeldmerk en kan worden aangevraagd bij de VBC. Alleen oefentherapeuten Cesar die zich aan bepaalde voorwaarden verbinden, krijgen het recht om het blauwe Cesar logo en muurschild te voeren. Zij verbinden zich ertoe om een commissie van deskundigen in de praktijk toe te laten om te controleren of aan de voorwaarden wordt voldaan. De inrichtingseisen voor een praktijk zijn vastgelegd in een overeenkomst tussen de oefentherapeuten Cesar en de zorgverzekeraars.

5.2 Huidige kwaliteitseisen

Sinds juni 2000 kunnen oefentherapeuten Cesar zich voor een basisregister aanmelden. Momenteel is 96 % van de beroepsgroep ingeschreven in het basisregister (Jaarverslag VBC, 2002). Na vijf jaar wordt overgegaan tot de feitelijke registratie in het Kwaliteitsregister voor Paramedici als zij aan bepaalde voorwaarden hebben voldaan. De eisen liggen op het terrein van (continuïteit in) werkervaring en deskundigheidsbevordering. De deskundigheidsbevordering bestaat o.a. uit het volgen van bij- en nascholingscursussen, formeel overleg met collega's etc. Dit laatste, de zgn. intercollegiale toetsing, vindt plaats onder leiding van daartoe geschoolde collega's. Met deze methode kan de kwaliteit van een oefentherapeut Cesar toetsbaar gemaakt worden. In het intercollegiaal overleg leren oefentherapeuten Cesar van elkaar met als inzet de eigen beroepsuitoefening te toetsen en/of te verbeteren.

De commissie herregistratie heeft een advies uitgebracht aan het bestuur over een algemeen criterium voor waardering van scholing en scholingsactiviteiten, alsmede over de punttoedeling voor deelname aan projecten van de beroepsvereniging. Deze voorstellen zijn inmiddels goedgekeurd door de ALV.

5.3 Toekomst kwaliteitsbeleid VBC

De komende jaren zal de VBC het kwaliteitsbeleid verder vormgeven en uitvoeren. Centraal hierbij staat de doelstelling dat iedere oefentherapeut Cesar het kwaliteitsbeleid en de toepassing van kwaliteitsinstrumenten in de beroepsuitoefening integreert en dat er een kwaliteitssysteem voor de beroepsgroep wordt gerealiseerd. Om tot een goede implementatie te komen zal de VBC doorgaan met het versterken van de regiostructuur (qua organisatie en inhoudelijke ondersteuning). Tevens zullen de bestaande kwaliteitsinstrumenten worden geëvalueerd en waar nodig worden aangepast. Ook kunnen nieuwe producten ontwikkeld worden indien deze de kwaliteit van de beroepsgroep verder kunnen verbeteren ofwel waarborgen (jaarverslag VBC, 2002)

5.4 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

De Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie (NPCF) heeft in samenwerking met de VBC het project 'Kwaliteit van oefentherapie Cesar vanuit patiëntenperspectief' uitgevoerd.

De NPCF is een samenwerkingsverband van organisaties die de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg behartigen. Voor patiënten telt niet alleen de vakinhoudelijke 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 Cesar; 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 VBC.
- 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 eisen t.a.v. kwaliteit die voortkomen uit directe toegankelijkheid

De VBC 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. Daarom vindt de VBC het belangrijk dat er voor invoering van directe toegankelijkheid een bijscholing “Hoed u voor valkuilen” voor oefentherapeuten Cesar komt. Het herkennen van “red & yellow flags” moet hier onderdeel van uit maken.

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 Cesar liggen op gebied van het stellen van de diagnose. Momenteel werken oefentherapeuten Cesar uitsluitend met een werkdiagnose, ze behandelen de klachten maar stellen geen medische diagnose. Dat gebeurt momenteel door de (huis)arts. De VBC geeft aan dat er momenteel geen tuchtrecht is voor oefentherapeuten Cesar. Er is wel een klachtenprocedure.

In de huidige situatie voorziet de dekking van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering volgens de VBC 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 Cesar kan wenden.

Omdat oefentherapie Cesar nog relatief onbekend is, kan dat er toe leiden dat patiënten eerder kiezen voor bekendere vormen van therapie zoals fysiotherapie, zelfs wanneer oefentherapie Cesar voor de betreffende patiënt een geschiktere therapie is. Zowel de VBC als het NPi vrezen dat dit kan leiden tot een afname van het aantal patiënten dat bij de oefentherapeut Cesar terecht komt. De beroepsgroep zal veel werk moeten verrichten om de bekendheid onder patiënten/consumenten te vergroten. De huidige wetgeving geeft hiertoe slechts beperkte mogelijkheden. Indien de oefentherapeut gelegenheid krijgt om reclame te maken in de directe omgeving van de praktijk kan hier gemakkelijker wat aan gedaan worden. Nu mag dit uitsluitend bij vestiging.

De patiënt moet goede, duidelijke en eerlijke informatie verschaffen aan de zorgverleners, zodat de oefentherapeut een goed beeld kan krijgen van de klachten van de patiënt om goed vast te kunnen stellen of oefentherapie Cesar de aangewezen therapie voor de betreffende patiënt is. Indien de patiënt onder behandeling is geweest van andere zorgverleners dan moet hij/zij dit melden (voor zover relevant). Het is noodzakelijk inzicht te hebben in bevindingen van eerdere behandelaars. Na het stellen van een werkdiagnose zal de oefentherapeut Cesar de patiënt goed moeten informeren over alle behandelmogelijkheden en de patiënt indien nodig moeten wijzen op andere hulpverleners. Hierin moet de oefentherapeut Cesar volgens de NPCF de voorkeur van de patiënt respecteren.

De VBC is van mening dat er door oefentherapeuten Cesar bewuster gebruik gemaakt moet worden van behandelovereenkomsten. De oefentherapeut geeft duidelijk(er) aan de patiënt aan wat de plannen zijn. Misschien moet zelfs overwogen worden om de patiënt een behandelovereenkomst te laten tekenen.

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 VBC belangrijk. Het gaat hierbij niet alleen om de aard en

resultaten van de behandeling maar ook zelfs over het afbreken van de behandeling door de patiënt zelf (indien van toepassing).

De NPCF is van mening dat ook de patiënt een belangrijke rol kan spelen bij het beheren 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 Cesar.
- 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 dagelijks 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 Cesar 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 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.

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 VBC wijst er op dat de huisarts geraadpleegd moeten worden 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.

Het NPi en de VBC zijn beiden van mening dat de huisartsen goed ingelicht moeten worden over de mogelijkheden van oefentherapie.

Uiteraard moet de huisarts op de hoogte gesteld worden van de behandeling en moet de huisarts een eindverslag krijgen wanneer de patiënt uitbehandeld is.

De VBC is van mening dat er voor directe toegankelijkheid duidelijke protocollen moeten komen voor de oefentherapeuten Cesar met betrekking tot de te bereiken effecten. Indien de effecten niet bereikt worden dan zal verwijzing naar de huisarts moeten plaatsvinden. Dit belang wordt door het NPi en de NPCF onderschreven.

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. In de eerste plaats is het voor de betrokken verzekeraars van belang dat zij geïnformeerd worden over de vrijgevestigde oefentherapiepraktijken en instellingen die oefentherapie

Cesar in de eerste lijn leveren die deel uit gaan maken van een proefproject directe toegankelijkheid. Tevens zullen goede afspraken gemaakt moeten worden m.b.t. wet en regelgeving (financiële vergoeding).

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 Cesar.

De VBC hecht ook sterk aan het maken van afspraken over de communicatie met de zorgverzekeraars indien de directe toegankelijkheid ingevoerd gaat worden. Tevens wil de beroepsvereniging duidelijke afspraken met verzekeraars over de wettelijke aansprakelijkheid.

7 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

7.1 Inleiding

Om na te gaan hoe oefentherapeuten Cesar tegenover directe toegankelijkheid¹ staan, is een schriftelijke vragenlijst verzonden aan een steekproef van 200 oefentherapeuten Cesar. Hiervoor is gebruik gemaakt van een adressenbestand van de beroepsvereniging. Dit adressenbestand bestond uit alle oefentherapeuten Cesar 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 Cesar 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 Cesar. Deze onderwerpen zullen in onderstaande paragrafen aan bod komen.

Van de 200 verstuurdde vragenlijsten zijn in totaal 119 vragenlijsten voor de uiterste inleverdatum geretourneerd. Dit betekent een respons van 59,5 %. Drie oefentherapeuten Cesar hebben een vragenlijst aangevraagd. Hiervan zijn twee lijsten voor de uiterste inleverdatum geretourneerd. Hiermee komt het totaal aantal respondenten op 121.

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

Tabel 7.1 Settings oefentherapeuten Cesar in % (n=120)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Vrijgevestigde eigen praktijk	69
Vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair	25
Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair	13
Bedrijfsoefentherapeut	8
School	3
Thuiszorgorganisatie/ het kruiswerk	2
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	1
Verpleeghuis/bejaardenhuis/verzorgingshuis	0
Ziekenhuis(algemene en academische ziekenhuizen, gericht op somatiek)	0
Psychiatrisch ziekenhuis	0
Revalidatiecentrum	0
Anders, namelijk (o.a. werden genoemd: 'gezondheidscentrum' en ' arbo-adviseur').	13
Gemiddeld heeft elke respondent 1,33 antwoorden gegeven.	

¹ Dit begrip werd in de vragenlijst als volgt ingevuld: "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 Cesar.

Tabel 7.2 Gemiddeld aantal uur werkzaam in de eerste lijn in % (n=120)

	%
0-8 uur oefentherapie Cesar per week	7
9-16 uur oefentherapie Cesar per week	11
17-24 uur oefentherapie Cesar per week	33
25-32 uur oefentherapie Cesar per week	31
33-40 uur oefentherapie Cesar per week	18
Totaal	100

Uit tabel 7.1 en 7.2 komt naar voren dat verreweg het grootste deel van de oefentherapie Cesar wordt geleverd door oefentherapeuten Cesar uit een vrijevestigde eigen praktijk. Het merendeel van de respondenten is gemiddeld 2-4 dagen per week in de eerste lijn werkzaam.

7.2 Huidige situatie

In de vragenlijst wordt 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. Indien de respondent deze vraag bevestigend kon beantwoorden is hem/ haar tevens gevraagd om welke categorieën cliënten het in deze situatie gaat en wat de belangrijkste interventies zijn. Tot slot, is met betrekking tot een dergelijke situatie, gevraagd naar de wijze waarop het een en ander administratief en financieel wordt afgehandeld. In de tabellen 7.3 t/m 7.7 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 7.3 Frequentie van aanmeldingen zonder verwijzing in % (n=121)

	%
Nee, (bijna nooit)	47
Ja, soms	53
Ja, wekelijks	0
Ja, bijna dagelijks	0
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 Cesar aanmelden.

Aan oefentherapeuten Cesar die momenteel al direct door patiënten worden benaderd (n=64) is een aantal vervolgvragen waarvan de resultaten in de tabellen 7.4, 7.5 en 7.6 worden weergegeven.

Tabel 7.4 Categorieën cliënten die zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden in % (n=64)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	27
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling	83
Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijv. een fysiotherapeut	38
Patiënten met houdingsafwijkingen	22
Patiënten met werkgerelateerde klachten	14
Patiënten met chronische klachten	6
Andere patiënten, namelijk*	33
Gemiddeld heeft elke respondent 2,22 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kinderen met sensomotorische problemen' en 'mensen met stressgerelateerde klachten'.

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 zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige uit de eerste lijn.

Uit tabel 7.5 blijkt dat tijdens de behandeling van deze cliënten wordt vooral advies gegeven. Wanneer cliënten zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden, worden zij in veel gevallen eerst terugverwezen of er wordt achteraf een verwijsbrief van de behandelende arts gevraagd (tabel 7.6).

Tabel 7.5 De belangrijkste interventies die gebruikt zijn tijdens de behandeling van cliënten die zich rechtstreeks hebben aangemeld in % (n=64)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Advies	64
Behandelingen	39
Eenmalige behandelingen	19
Anders, namelijk*	60
Gemiddeld heeft elke respondent 1,81 antwoorden gegeven.	

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

Tabel 7.6 Administratieve en financiële afhandeling wanneer een cliënt zonder verwijzing in behandeling wordt genomen in % (n=64)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief	84
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/specialist/verpleeghuisarts gevraagd	34
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing	19
De cliënt betaalt contant	8
Anders, namelijk*	9
Gemiddeld heeft elke respondent 1,55 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werd o.a. genoemd: 'de cliënt ontvangt en betaald de nota zelf' en 'de werkgever betaald'.

7.3 Toekomstige situatie

Men kan zich afvragen, wanneer oefentherapie Cesar 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 Cesar 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 Cesar kenbaar te maken voor de eigen werksituatie.

Tabel 7.7 Categorieën cliënten geschikt geacht voor directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar in % (n=119)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	26
Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut Cesar	72
Kinderen met houdingsafwijkingen	60
Patiënten met werkgerelateerde klachten	60
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling	57
Patiënten met chronische klachten	38
Patiënten die voor de eerste maal klachten hebben	16
Andere patiënten, namelijk*	25
Geen enkele categorie	3
Gemiddeld heeft elke respondent 3,57 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kinderen met sensomotorische problemen' en 'mensen met psychosomatische klachten' en 'gezonde mensen die preventief willen leren werken'.

Tabel 7.8 Interventies geschikt geacht voor directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar in % (n=120)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle interventies die ik nu ook verricht op verwijzing van een arts	66
Adviseren	49
Eenmalige behandeling	38
Behandelingen	35
Overige interventies, namelijk*	15
Geen enkele interventie	5
Gemiddeld heeft elke respondent 2,08 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'eenmalig onderzoek', 'werkplekbezoek voor ergonomische aanpassingen' en 'groepstherapie'.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een ruime meerderheid van de 120 respondenten (66 %) in een direct toegankelijke eerste lijn, dezelfde soort interventies zou willen verrichten als in de huidige situatie. Daarnaast geeft 49 % van deze respondenten 'adviseren' aan als geschikte interventie voor directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar. 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 Cesar, 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 Cesar vanuit de eigen werksituatie gezien in % (n=121)

(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	93
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van oefentherapie Cesar	83
De financiering moet zijn gegarandeerd	82
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar centraal punt)	74
De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van oefentherapie Cesar	62
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	38
De oefentherapeut Cesar zou zelf inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt	24
De bevoegdheden van de oefentherapeut Cesar moeten worden uitgebreid	18
Andere aandachtspunten en/of invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk*	14
Gemiddeld heeft elke respondent 4,88 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'PR is erg belangrijk o.a. vanwege de 'concurrentiepositie' t.o.v. de fysiotherapeut', 'directe verwijzing via de arts moet mogelijk blijven' en 'de patiënt moet centraal blijven staan'.

Uit tabel 7.9 blijkt dat vrijwel alle respondenten (93 %) van mening zijn, dat het mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn. Daarnaast vindt een grote meerderheid van de respondenten het belangrijk dat zowel de overige disciplines in de eerste lijn als de patiënt op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden van oefentherapie Cesar (respectievelijk 83 % en 62 % van de 121 respondenten geeft dit aan). Andere belangrijke aandachtspunten zijn, dat de financiering gegarandeerd moet zijn en dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn moet komen.

7.4 Standpuntbepaling uitvoerend niveau

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

Tabel 7.10 Standpuntbepaling uitvoerend niveau t. a. v. directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar in % (n=120)

	%
Sterk positief	18
Positief	46
Neutraal	20
Negatief	12
Sterk negatief	4
Totaal	100

Het blijkt dat 64 % van de 120 respondenten positief of sterk positief tegenover directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar staat, 20 % staat hier neutraal tegenover, 12 % zou dit als een negatieve ontwikkeling zien en 4 % als een sterk negatieve ontwikkeling.

7.5 Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd maximaal drie voordelen en drie nadelen op te noemen van directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar 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 Cesar

- De cliënt kan sneller worden geholpen; verkorting procedure; minder bureaucratie
- De patiënt is zelf verantwoordelijk, kan zijn eigen keuzes maken
- Motivatie van de patiënt wellicht hoger door eigen keuze
- Drempelverlagend
- 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 Cesar kunnen in een dergelijke situatie wel gebruik maken van deze therapievorm
- Kostenbesparend voor gezondheidszorg
- PR; bij voldoende bekendheid meer patiënten
- Makkelijker doorverwijzen naar/ samenwerken met andere disciplines
- Uitbreiding preventieve oefentherapie
- Meer diversiteit

Nadelen t.a.v. directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar

- Onbekendheid van oefentherapie Cesar, hierdoor minder patiënten; door onbekendheid van oefentherapie Cesar 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 geen duidelijk beeld over de prognose bij een ziektebeeld
- Het navragen van een medische diagnose en achtergrond kost extra tijd
- De filterfunctie van de huisarts verdwijnt waardoor cliënten met hulpvragen kunnen komen die niet geschikt zijn voor de oefentherapie Cesar
- Wegvallen van de huisarts als coördinator/poortwachter van zorg rondom de patiënt; 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
- PR voeren kost veel tijd en inspanning

Het blijkt dat bepaalde punten die door sommige oefentherapeut Cesar als voordeel worden gezien, door andere oefentherapeuten Cesar juist als nadeel worden gezien. Voorbeelden hiervan zijn de 'filterfunctie' van de huisarts en PR.

7.6 Bijscholing

Van de respondenten is 69% van mening dat bijscholing in verband met directe toegankelijkheid noodzakelijk is. Onderwerpen die daarbij vaak worden genoemd zijn onder meer: "Hoed u voor valkuilen", zoals het over het hoofd zien van maligniteiten en kennis van wet- en regelgeving.

Tabel 7.11 Noodzaak van bijscholing i.v.m. directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar in % (n=120)

	%
Ja	69
Nee	31
Totaal	100

Tabel 7.12 Soorten bijscholing in % (n=83)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
"Hoed u voor valkuilen", zoals het over het hoofd zien van maligniteiten	78
Kennis van wet en regelgeving	70
Communicatie met artsen	51
Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn	47
Kennis indicatiestelling oefentherapie Cesar	40
Kennis van pathologie	36
Anders, namelijk*	10
Gemiddeld heeft elke respondent 3,31 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kwaliteit van handelen objectiveren', 'PR' en 'goed kunnen scheiden van "pluis" en "niet pluis"'.

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 Cesar 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	50
Ja, na afronding van de behandeling	34
Ja, na het eerste contact	1
Anders, namelijk*	11
Nee, niet nodig	4
Totaal	100

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'in overleg met patiënt', 'wanneer daar aanleiding toe is' en 'telefonisch contact om administratieve rompslomp te voorkomen'.

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 Cesar

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

Tabel 7.14 Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar in % (n=121)

	%
Ja	28
Ja, mits*	35
Nee	37
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 Cesar 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 Cesar. De effecten van het verdwijnen van de oefentherapie Cesar 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.

Het uitvoeren van een proefproject kan inzicht geven in haalbaarheid, effecten op verbetering van efficiëntie, omvang van de zorgvraag, mogelijkheden tot beheerbaarheid en de risico's bij onder meer het over het hoofd zien van essentiële aandoeningen (zoals maligniteiten).

Opvallend is dat uit de enquête uitgevoerd onder de oefentherapeuten Cesar gebleken is dat het momenteel al soms voorkomt dat patiënten zich zonder verwijzing aanmelden bij de oefentherapeut Cesar. Het betreft hier veelal patiënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling, patiënten met houdingsafwijkingen of patiënten met werkgerelateerde klachten. Daarnaast is er een aanzienlijk deel van de patiënten die zonder verwijzing van de (huis)arts bij de oefentherapeut komt dat door een fysiotherapeut word doorverwezen (38 %).

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

Bijna één op de vijf oefentherapeuten, namelijk 19 %, 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 betreffen:

- Regelgeving (zie boven);
- Afdekken van verantwoordelijkheden en beroepsaansprakelijkheid;
- Informatie naar cliënten, publieksvoorlichting;
- Ontwikkelen van een protocol over informatie uitwisseling tussen zorgverleners onderling en met zorgverzekeraars;
- Ontwikkeling van protocollen voor behandeling met betrekking tot het vaststellen van behandelresultaten,
- Na- en bijscholing o.a. "Hoed u voor valkuilen bij directe toegankelijkheid";
- Vergoeding voor extra belasting vanwege deelname aan onderzoek (tijd voor registratie e.d.). De VBC wil meer inzicht hebben in de omvang van deze extra belasting, duidelijk is dat accreditatiepunten niet volstaan.

9 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is op drie niveau's ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van 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, patiënten en het Nederlands paramedisch instituut. 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 beroepsorganisatie, individuele beroepsbeoefenaren en de patiënten zien, onder bepaalde voorwaarden, overwegend voordelen van een gedeeltelijke directe toegankelijkheid.

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

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

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

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

Aanbeveling

Directe toegankelijkheid lijkt mogelijkheden te bieden voor:

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

9.3 **Kwaliteitseisen oefentherapeuten**

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

Aanbeveling

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

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

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

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

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

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

De oefentherapeut zal zich beter bewust moeten zijn van het feit dat hij de patiënt duidelijk moet informeren over de behandelmogelijkheden en de behandelalternatieven. Vanuit de beroepsorganisatie is er behoefte om te onderzoeken of het hanteren van een behandelovereenkomst een toegevoegde waarde kan hebben.

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

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

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

9.5 Draagvlak voor directe toegankelijkheid

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

Aanbeveling

Er lijkt voldoende draagvlak voor een proefproject directe toegankelijkheid te zijn. Wel moet aan de eerder (o.a. in hoofdstuk 7) genoemde voorwaarden zijn voldaan.

9.6 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

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

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

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

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

10 Literatuur

Boven PF van (red.). Cesar oefentherapeuten 2000. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\Cure\Oefentherapie, 2 oktober 2002

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

VBC, Jaarverslag 2002, Utrecht, 2003.

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

Wimmers R. Swinkels, van den Ende, Eerste cijfers oefentherapie Cesar uit het LIPZ netwerk, Cesar Magazine, 2003,2, 18-22

A Vragenlijst regionaal niveau



Vragenlijst directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar voor ziekenfondspatiënten op regionaal niveau

	<p>Naam respondent: _____</p> <p>Contactpersoon voor regio(groep): _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p> <p>e-mail adres: _____</p>
	<p>Standpuntbepaling voor: (aankruisen wat van toepassing is)</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Vrijgevestigde oefentherapeuten Cesar die OC leveren die onder de ziekenfondswet valt.</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Oefentherapeuten Cesar die vanuit een instelling OC leveren die onder de ziekenfondswet valt</p>
1.	<p>Wat is de mening <i>in uw regio</i> over directe toegankelijkheid¹ van de oefentherapeut Cesar (dus zonder verwijzing)?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Onbekend, dit is nog niet aan de orde geweest</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Sterk positief</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Positief</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Neutraal</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Negatief</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Sterk negatief</p> <p>Ruimte voor een eventuele toelichting t.a.v. standpuntbepaling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.	<p>Wat is uw <i>persoonlijke mening</i> over directe toegankelijkheid van de oefentherapeut Cesar (dus zonder verwijzing)?</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Sterk positief</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Positief</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Neutraal</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Negatief</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Sterk negatief</p> <p>Ruimte voor een eventuele toelichting t.a.v. standpuntbepaling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3.	<p>Welke vormen van oefentherapie Cesar komen naar uw mening in aanmerking voor directe toegankelijkheid?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Enkelvoudige extramurale oefentherapie Cesar (EEOC) door vrijgevestigd oefentherapeuten Cesar</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Enkelvoudige extramurale oefentherapie Cesar door oefentherapeuten Cesar die vanuit een (AWBZ) instelling EEOC leveren.</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Eventuele voorkeur voor het <i>type</i> (AWBZ) instelling(en): _____</p>

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



	<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 Cesar? 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 EEOC leveren (of mogelijk een andere vorm van oefentherapie Cesar 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 Cesar? <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: _____
	c. Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____ Naam contactpersoon: _____ Adres: _____ Telefoonnummer: _____



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

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 antwoordenvolp.

Gaarne zien wij uw reactie voor **15 augustus** 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 Cesar

Oefentherapie Cesar (OC) vindt nu uitsluitend plaats op verwijzing van artsen. De kennis van artsen van oefentherapie Cesar 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 Cesar soms achterwege. Dit kan onnodig medicaliserend werken en tot hogere kosten leiden.

Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en oefentherapie Cesar in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de oefentherapeut Cesar.

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

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en gevolgen van directe toegankelijkheid van **oefentherapeuten Cesar** en Mensendieck, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, psychologen, mondhygiënisten 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 samenwerking met de beroepsvereniging, in deze is de VBC vertegenwoordigd door mevrouw C. van Santen (voorzitter VBC).

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 Cesar'

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 met diverse klachten die reeds bekend zijn met de praktijk/ instelling
- 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 Cesar'

Oefentherapie Cesar 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 Cesar in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de oefentherapeut Cesar. *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 Cesar¹.*

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 Cesar 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 Cesar 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 Cesar 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 Cesar 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 Cesar'

14. Welke categorieën cliënten acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle categorieën cliënten
 - ₁ Patiënten die recidiverende klachten hebben waarvoor zij al onder behandeling waren van de oefentherapeut Cesar
 - 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 klachten 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 Cesar? (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 OC 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 OC moeten worden uitgebreid
 - ₁ De OC 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 OC
 - ₁ De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van OC
 - 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 Cesar'

17. Vindt u het noodzakelijk dat oefentherapeuten Cesar inhoudelijk bijgeschoold worden in verband met de directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar?
- 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 Cesar 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 Cesar. Dit proefproject kan antwoord geven op de vraag of de kwaliteiten van huisartsen en oefentherapeuten Cesar 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 Cesar?
- ₁ Ja
- ₂ Ja, mits _____
- ₃ Nee

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid oefentherapie Cesar'

Indien u hebt aangegeven mee te willen werken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van oefentherapie Cesar, 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 antwoordenvolp terugsturen naar TNO Preventie en Gezondheid. Uw antwoorden zullen strikt anoniem worden verwerkt en gerapporteerd.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

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