Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter?

Schottey Nathalie, KULeuven

Promotor: Prof. Vaes Peter - VUB

Co-promotoren: Dr. Vanden Bussche Piet – UGent, Verreyen Lode - UGent

Praktijkopleider: Dr. De Moor Kristine

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Vooreerst wens ik mijn promotor, Prof. Peter Vaes, te bedanken voor zijn begeleiding bij het opstellen van mijn onderzoek en mijn advies omtrent de praktische uitwerking ervan.

Daarnaast ook dank aan mijn praktijkopleider, Dr. Kristine De Moor. Zij gaf mij de toestemming mijn onderzoek uit te voeren. Ook dank ik de andere artsen en medewerkers, werkzaam in de praktijk, voor hun ondersteuning.

Tot slot wens ik alle andere mensen te bedanken die mij steunden, feedback gaven of hun bijdrage leverden aan de realisatie van mijn masterproef.

Abstract

Context: De communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten verloopt vaak stroef. Een richtlijn om deze te verbeteren, is in België tot op heden onbestaand. Door het gebrek aan communicatie heersen er misvattingen tussen de kinesitherapeuten en de artsen, met onbegrip als gevolg. Het is dus een uitdaging de pijnpunten te benoemen en hiervoor een oplossing te bedenken om deze communicatie te verbeteren.

Onderzoeksvragen: 1) Heerst er een reële ontevredenheid over de huidige communicatie? **2) O**p welke momenten in het zorgproces is verslaggeving gewenst, en via welk medium? **3)** Wat zijn de barrières voor het vlot verlopen van de communicatie? **4)** Hoe kunnen we deze barrières overwinnen en oplossingen samenvoegen in een concreet plan?

Methode: Het FOCUS-stappenplan werd gebruikt om te komen tot een concreet praktijkverbeterend plan voor de regio. Volgende stappen werden doorlopen: **1)** Systematische literatuurstudie volgens de watervalmetafoor. **2)** Kwantitatief, observationeel onderzoek op basis van een gestructureerde enquête. Deze vragenlijst, bestaande uit maximum 16 meerkeuzevragen, werd verstuurd via e-mail naar de huisarts-en kinesitherapiekringen in de regio. De gegevens werden verwerkt met behulp van Acces en Excel. **3)** Kwalitatief, observationeel onderzoek: een bijeenkomst van zowel kinesitherapeuten als huisartsen uit de nabije regio. Er werd discussie gevoerd op basis van 4 stellingen. De meeting werd gefilmd, uitgeschreven en geanalyseerd. De analyse werd axiaal gecodeerd via NVivosoftware.

Resultaten: 1) Acht artikels werden geïncludeerd. Telkens kwam naar voor dat er nog veel verbetering te boeken valt op het vlak van onderlinge communicatie.
Vele noden werden reeds onderzocht en voor enkele werd reeds een oplossing voorgesteld. Er wordt een blijvende ontevredenheid beschreven van zowel huisartsen als kinesitherapeuten. **2)** De vragenlijst werd beantwoord door 222 zorgverleners, 53 huisartsen en 169 kinesitherapeuten. Slechts 17% van de deelnemers vond de onderlinge communicatie voldoende. In totaal 46% van de huisartsen vermeldt indien nodig de relevante voorgeschiedenis en eventuele alarmsymptomen, terwijl het merendeel van de kinesitherapeuten (69%) naast de minimale vereisten ook relevante, aanvullende informatie op het kinesitherapievoorschrift wensen. In totaal 94% van de huisartsen verwachten een verslag van de kinesitherapeut. Het merendeel (64%) wenst dit enkel indien er zich een probleem stelt en in totaal 76% verkiest een kort start-en eindbilan boven een uitgebreid en gedetailleerd verslag. De huisartsen schatten hun kennis over de inhoud van het kinesitherapeutisch beroep eerder goed in. 58% beschouwt deze als goed of voldoende. **3)** De elementen die werden aangehaald als struikelblok voor een goede communicatie, zijn onder andere het gebrek aan persoonlijk contact, een hiërarchie waar de kinesitherapeuten zich minderwaardig voelen in de onderlinge relatie, een schrik om de arts te storen, het gebrek aan tijd voor het opmaken van verslagen en het feit dat deze niet vergoed worden. Oplossingen werden door de deelnemers aangehaald en herleid tot een concreet plan voor de verbetering van de communicatie in de regio.

Conclusie: Er heerst een reële ontevredenheid bij de zorgverleners over de onderlinge communicatie. Barrières die een vlotte communicatie belemmeren werden benoemd: het gebrek aan persoonlijk contact, het feit dat kinesitherapeuten het gevoel hebben minderwaardig geacht te worden en het feit dat ze schrik hebben om de arts te storen, het gebrek aan tijd en vergoeding voor het opmaken van verslagen, het overaanbod aan kinesitherapeuten in de stad en het feit dat jonge zorgverleners vaak moeilijk te bereiken zijn. Op basis van deze hekelpunten werd een praktijkverbeterend plan voor de regio Brussel Noordrand opgesteld. De veranderingen waar het meest van verwacht worden zijn een gezamenlijke, professionele bijeenkomst die jaarlijks georganiseerd zal worden en de lancering van elektronisch beveiligde dossiers, voor een optimale gegevensdeling.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 2

1.1 Situering 2

1.2 Motivatie 2

2. Methode 4

2.1 Find 4

2.2 Organise meeting 4

2.3 Clarify 5

2.4 Understand or Uncover 5

2.4.1 Onderzoeksmethode 5

Enquête 5

Meeting 7

2.5 Start Voer een verbetering in 8

3. Literatuurstudie 9

3.1 Methode 9

3.2 Resultaten 10

3.3 Discussie 14

3.4 Conclusie 15

4. Resultaten 16

4.1 Enquête 16

4.2 Bijeenkomst van huisartsen en kinesitherapeuten 23

5. Discussie 32

5.1 Bespreking resultaten 32

5.2 Vergelijking met de bestaande literatuur 33

5.3 Implicaties voor praktijk en beleid: een praktijkverbeterend plan 35

5.4 Sterktes en zwaktes van het onderzoek 38

6. Conclusie 40

7. Referenties 42

8. Bijlagen 43

Bijlage 1 Informatiebrochure voor de deelnemers 43

Bijlage 2 Vragenlijst huisartsen 44

Bijlage 3 Vragenlijst kinesitherapeuten 46

Bijlage 4 Tekstuele antwoorden op het einde van de vragenlijst 47

Tekstuele antwoorden op het einde van de vragenlijst van de kinesitherapeuten 47

Tekstuele antwoorden op het einde van de vragenlijst van de huisartsen 52

Bijlage 5 Tabel voorbeeldsjabloon kinesitherapievoorschrift 53

Bijlage 6 Tabel voorbeeldsjabloon kinesitherapieverslag 54

Bijlage 7 Stellingen 55

Stellingen, voorgelegd tijdens de bijeenkomst 55

Bijlage 8 Protocol ethische commissie 55

Bijlage 9 Advies van de commissie medische ethiek 57

1. Inleiding

1.1 Situering

Ik werk als huisarts in opleiding in groepspraktijk Den Blink. Deze praktijk is opgericht in januari 1983. Reeds 22 jaar worden in deze praktijk HAIO's opgeleid. Sinds september 2014 is er ruimte voor de opleiding van twee HAIO's, waar ik er één van ben. De praktijk is gelegen in Vilvoorde centrum, in de Noordrand van Brussel. Vier vaste huisartsen werken er fulltime. Zij zijn aangesloten bij de lokale huisartsenkring Harno. Deze kring telt 130 leden en 12 HAIO's.
De nabijgelegen kring voor kinesitherapeuten, de KNB (Kinékring Noord-Brussel), telt 102 actieve leden.

1.2 Motivatie

Ik werd tot dit onderwerp aangetrokken om verschillende redenen.
Sinds ik als huisarts in opleiding gestart ben, krijg ik meermaals opmerkingen van bevriende kinesitherapeuten over hun ontevredenheid omtrent de huidige voorschriften (onleesbaarheid, onvolledige diagnose, onduidelijke therapievoorstellen, etc.) en het gebrek aan persoonlijk contact met de huisartsen in hun buurt.
In de groepspraktijk waar ik werk, worden dan weer opmerkingen gemaakt door collega's huisartsen over de moeizame samenwerking met de kinesitherapeuten: gebrek aan verslagen, telefonisch contact, persoonlijke kennis van de kinesitherapeuten in de buurt, etc.

Mijn eigen ervaring met de kinesitherapie in de praktijk is gelijklopend. Ik merk dat mijn kennis van de kinesitherapeutische behandelingen te beperkt is door een gebrek in de artsenopleiding. Daarenboven heb ik nog nooit in mijn prille praktijkervaring een verslag ontvangen van een kinesitherapeut.

Een aantal vragen die we ons omtrent deze interdisciplinaire communicatie stellen:

"Wat zijn de noden in informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinesitherapeut?", "Op welke manier is deze uitwisseling van informatie gewenst en op welke momenten gebeurt dit bij voorkeur?", "Welke elementen worden als struikelblok ervaren voor een goede interdisciplinaire communicatie?" en "Welke stappen kunnen worden ondernomen om deze afzonderlijk aan te pakken?"

Het **doel** dat we voor ogen hebben, is het benoemen van de barrières die de communicatie belemmeren. Daarnaast wordt er gekeken naar de communicatiemedia: welke worden op heden gebruikt? Via welk medium verloopt, volgens de zorgverleners, het uitwisselen van informatie

idealiter? En op welke momenten van het zorgproces is verslaggeving gewenst? Uitgaande van de drempels en de verwachtingen wordt een concreet plan opgesteld voor de regio waarin ik werk. Dit kan dan geïmplementeerd worden in deze regio.

2. Methode

Op zoek naar een antwoord op onze vragen, zijn we te werk gegaan via een **FOCUS-stappenplan**.[14]

2.1 Find Leg een onderwerp vast[14]

Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter?

Zoals eerder vermeld, koos ik dit onderwerp door een samenloop van omstandigheden. Slechte ervaringen in de onderlinge communicatie bij bevriende kinesitherapeuten, bij directe collega huisartsen en bij mijzelf.

Laatst had ik hiermee in verband een concreet voorval met een patiënte. Zij klaagde na afloop van haar kinesitherapiesessies over de slechte kwaliteit hiervan. Door een gebrek aan kennis van de kinesitherapie, een gebrek aan kennis van de kinesitherapeut in kwestie en zijn manier van werken en de afwezigheid van een verslag van de behandeling, moest ik deze patiënte een duidelijke uitleg verschuldigd blijven. Ook voelde ik een te grote drempel om de kinesitherapeut te contacteren en te vragen hoe de behandeling was verlopen.

Bij het grasduinen in de literatuur, merkte ik voornamelijk op dat er nog zeer weinig geschreven is over dit onderwerp. En dat, met andere woorden, onderzoek zich opdringt. De Nederlandse richtlijn en de gevonden artikels duiden telkens op het gebrek aan communicatie tussen de huisarts en de kinesitheapeut.[1,3,6,12]

Om die redenen voelde ik mij geroepen een steentje bij te dragen tot het verbeteren van deze communicatie in mijn werkregio.

2.2 Organise meeting Samenzitten met de betrokkenen[14]

Na het kiezen van het onderwerp, werd er overlegd met een aantal betrokkenen. Omdat het niet mogelijk was alle kinesitherapeuten en huisartsen van de wijde omgeving aan te spreken, werden er kleine steekproeven gehouden.

Er werd overlegd met de artsen (4 huisartsen en 1 huisarts in opleiding) van de praktijk. In een bijscholing met 17 kinesitherapeuten, waaronder het voltallige bestuur van de Kinekring Noordrand Brussel (KNB), werd dit onderwerp onder de loep genomen. Ook werd het met bevriende huisartsen en kinesitherapeuten, werkende in Vlaams Brabant, Antwerpen en Limburg, besproken. In het gezondheidscentrum in Genk werd overlopen welke elementen belangrijk zijn voor een multidisciplinaire samenwerking en wat hierbij de pijnpunten zijn. Uiteraard werd het onderwerp

ook besproken met mijn promotor, Professor P. Vaes, kinesitherapeut en opleider aan de vakgroep kiné en manuele therapie aan de VUB.

2.3 Clarify Goede probleemdefinitie[14]

Graag wilden we een duidelijk beeld schetsen van het verloop van de huidige communicatie. Hiervoor werd de **literatuur** uitgekamd, om na te gaan wat over dit onderwerp reeds onderzocht is. De gekende problemen en de reeds aangehaalde oplossingen dienden in kaart te worden gebracht. Op volgende vragen probeerden we een antwoord te krijgen met behulp van de literatuurstudie:

"Heerst er een reële ontevredenheid bij de zorgverleners over de onderlinge communicatie?"

"Welke gegevens worden op heden gedeeld tussen de huisarts en de kinesitherapeut?"

"Welke gegevens dienen volgens de zorgverleners gedeeld te worden?"

"Op welke manier is deze uitwisseling van informatie gewenst?"

"Op welke tijdstippen in het zorgproces is de uitwisseling van informatie gewenst?"

"Welke elementen worden als barrière ervaren voor een goede communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut?"

"Welke stappen kunnen worden ondernomen om deze afzonderlijk aan te pakken?"

2.4 Understand or Uncover Waarom loopt het mis? Wat is nu het probleem en hoe groot is het?[14]

De literatuurstudie vulden we aan met een **meeting van huisartsen en kinesitherapeuten** om een duidelijk beeld te krijgen van wat leeft bij de zorgverleners en om samen probleemoplossend te denken. Om deze bijeenkomst in de juiste richting te sturen, werd voorafgaand een verkennende **enquête** rondgestuurd. In deze vragenlijst werd de literatuur getoetst aan de meningen in de praktijk.

2.4.1 Onderzoeksmethode

Enquête

Een enquête werd opgesteld op basis van de kennis vergaard in de literatuur en een aantal resterende vragen die we ons stellen. "Wordt er voor het opstellen van het kinesitherapievoorschrift en –verslag gebruik gemaakt van een standaardsjabloon?"[12], "Wordt dit opgesteld met behulp van de medische software?"[12], "Moet een kinesitherapievoorschrift, naast de minimale vereisten, ook aangevuld worden met relevante informatie over de patiënt?", "Moet een kinesitherapieverslag bestaan uit een kort begin-en eindbilan of dient de behandeling hier uitgebreider beschreven te

worden?"[1], "Dient de huisarts een behandelingsvoorstel op het voorschrift te noteren?", "Verwacht de kinesitherapeut dat de huisarts relevante bijlagen meegeeft met de patiënt?"[1], "Wordt een verslag van de kinesitherapeut na elke behandeling verwacht?"[1], "Via welk medium dient dit te gebeuren?"[1], "Hoe schat de arts zijn kennis in van het kinesitherapeutisch beroep?"[6].

Een verschillende vragenlijst werd voorzien enerzijds voor de kinesitherapeut (Bijlage 2) en anderzijds voor de huisarts (Bijlage 3). Om te beginnen werd er in deze vragenlijst het geslacht en de leeftijd van de deelnemer gevraagd, alsook de lokalisatie van de praktijk waar hij of zij werkzaam is. Dan volgde aan de hand van meerkeuzevragen een bevraging betreffende hun idee over de noden van informatie-uitwisseling. Als laatste wordt er ruimte gelaten voor eventuele opmerkingen.

Deze enquête werd georganiseerd ter voorbereiding van een bijeenkomst van artsen en kinesitherapeuten om voorafgaand te peilen naar wat leeft in de praktijk. Op die manier kon beter worden ingeschat waar deze samenkomst op moest worden toegespitst.

Deze enquête werd initieel voorgelegd aan mijn promotor, de voorzitter van de kinékring KNB, de collega's van de praktijk en aan bevriende kinesitherapeuten en huisartsen: Wat leeft er in de praktijk? Worden deze bovengenoemde onderwerpen, zoals in de literatuur aangegeven, als probleem ervaren?[1,6,12] Zijn de vragen correct gesteld? Zijn er in de meerkeuzevragen nog onderwerpen of aspecten niet of onvoldoende opgenomen of zijn er bijkomende antwoordmogelijkheden nodig?

De enquête werd opgemaakt met behulp van het programma 'LimeSurvey' en per mail verstuurd. Voor de start van de enquête konden de deelnemers de informatiefiche doorlezen, waarna ze de keuze hadden al dan niet verder te gaan met het deelnemen aan de enquête. (Bijlage 1) Tijdens het doorlopen van de enquête kon deze alsnog op elk moment door de deelnemer worden stopgezet.

De enquête werd verstuurd naar de kinesitherapeuten van de kring KNB (Kinékring Noordrand Brussel) en naar de huisartsenkring Harno (Huisartsen Noordrand Brussel). Door de bestuurder van de KNB werd deze enquête meteen doorgestuurd naar andere kinékringen in Vlaanderen, met name: Leuvense Kinesitherapeuten Kring, Kinékring Zoniën en de Tiense Kinesitherapeuten Kring. Mondelinge informatie werd gegeven op de eerstvolgende bijscholingen van deze kringen. In de huisartsenkring Harno werd, bij deze gelegenheid, de vragenlijst schriftelijk door de aanwezige artsen ingevuld.
Na een tijdspanne van een maand, was er van de huisartsen weinig respons. Daarom werd een reminder gestuurd naar de Harnokring en werd de enquête ook verstuurd naar de huisartsenkring Halle en omgeving.

Zo weinig mogelijk selectiecriteria werden toegepast. De deelnemers moesten werkzaam zijn als kinesitherapeut of huisarts in de eerste lijn. Zij dienden de Nederlandse taal machtig te zijn, gezien de enquête in deze taal werd verzonden. Het ging over een steekproef op basis van interesse en bereidheid tot deelname. Er werd niet geselecteerd op leeftijd, geslacht of werkplaats.

Meeting

Na de enquête werd een samenkomst van huisartsen en kinesitherapeuten georganiseerd. Artsen en kinesitherapeuten die deelnamen aan de enquête, werden gecontacteerd om op een avond samen te komen om de gevonden noden aan te kaarten en constructief naar realistische oplossingen te zoeken. Een LOK-vergadering van een klein aantal huisartsen had die avond plaats. We kwamen met de voorzitter van deze LOK-groep overeen om tijdens de laatste vergadering van het jaar extra huisartsen en kinesitherapeuten uit te nodigen en samen in discussie te treden in het kader van dit onderzoek. Ongeveer 97% van de fulltime actieve huisartsen in België zijn geaffilieerd aan dergelijk LOK-groep, waar zaken besproken worden die relevant zijn aan de huisartsenpraktijk. Om accreditatie te kunnen behouden dient men minstens 2 van de 4 vergaderingen aanwezig te zijn. De meeste actieve artsen in België zijn dan ook aangesloten bij zo'n groep omwille van hun accreditering, dus dat geeft een brede variatie aan artsen. Vertrekken vanuit dergelijke groep artsen geeft het voordeel dat zij elkaar reeds kenden voor het onderzoek, wat een voordeel kan zijn in dergelijk onderzoek.[7] Voor de aanwezige huisartsen die geen deel uitmaken van deze LOK-groep werd een accreditering ethiek en economie aangevraagd en goedgekeurd. De voorzitter van de KNB kon via 'Pro-Q-Kine' voor de kinesitherapeuten een accreditering bekomen.

De verkregen informatie, uit zowel de literatuur[2] als uit de vragenlijst, werd verwerkt in een aantal stellingen. (Bijlage 7) De groep werd onderverdeeld in drie subgroepen om drie stellingen te bespreken. Met de eerste twee stellingen werd het kinesitherapievoorschrift en het kinesitherapieverslag onder de loep genomen met als doel het opstellen van een standaardsjabloon. Welke elementen dienen hier aan bod te komen? Als leidraad van de discussie kreeg elke persoon een tabel (Bijlage 5 en 6) met een overzicht van mogelijke elementen die kunnen deel uitmaken van zo'n voorschrift en verslag, alsook twee voorbeelden van respectievelijk een kinesitherapievoorschrift en een kinesitherapieverslag. Er konden uiteraard eigen ideeën worden toegevoegd indien deze niet in de aangeboden tabellen voorkwamen. De derde stelling polste naar het verloop van het huidig contact: "wat loopt goed en wat loopt minder goed?", "Welke barrières belemmeren het vlot onderling communiceren?", "Welke media wensen huisartsen en kinesitherapeuten te gebruiken voor het delen van gegevens?", Een vierde stelling werd met de hele groep samen besproken voor het beantwoorden van de laatste vraag van deze bijeenkomst: welke verbetering kan voorgesteld worden voor de aangehaalde problemen?"

Ook deze stellingen en tabellen werden voorafgaand voorgelegd aan mijn promotor, de voorzitter van de KNB, de collega's van de praktijk en bevriende kinesitherapeuten en huisartsen.

De meeting werd gecoördineerd door twee moderatoren. De onderzoeker, huisarts in opleiding, en een kinesitherapeut, werkzaam aan de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent. In elke subgroep werd onder de deelnemers een moderator en een notulist aangeduid.

Aan het begin van de meeting kreeg elke deelnemer een toestemmingsformulier met een korte uitleg over het onderzoek, dat door eenieder ondertekend werd. Bij afloop werd door elke deelnemer een evaluatieformulier van de samenkomst ingevuld.

De hele bijeenkomst werd gefilmd en uitgetypt. Deze informatie werd kwalitatief geanalyseerd via het programma NVivo. Hier werden de uitspraken van artsen en kinesitherapeuten gecodeerd, zodat we een duidelijk en objectief beeld kregen van de 'weging' van elke opmerking of elk idee. In een eerste fase van open coderen lazen twee onderzoekers (NS, OS) de transcripten van één subgroep door en codeerden die onafhankelijk. Daarna werden de resultaten uitgebreid besproken en werd een algemene coderingslijst opgesteld om de volgende transcripten te analyseren, axiale codering.[7,8,10] Tot slot werden de coderingslijst, de codering, de resultaten en de citaten besproken met de praktijkopleider om zo deze analyse te verbeteren.

In de resultaten werd iedere uitspraak die minstens tweemaal gecodeerd is, aangehaald. De barrières en ideeën voor de toekomst werden weergegeven in volgorde van belangrijkheid, op basis van de codering.

2.5 Start Voer een verbetering in

Dat doen we via de PDCA-cyclus. Plan, doe, check en act. In deze studie maken we een concreet plan om te implementeren in de regio Brussel Noordrand. Dit plan wordt voorgelegd aan de voorzitter van de lokale huisartsen- en kinesitherapiekring.

3. Literatuurstudie

De communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten verloopt vaak stroef.[3,6] In Nederland is om die reden in 2011 een richtlijn opgesteld voor gestructureerde informatiedeling tussen huisarts en fysiotherapeut.[1] Deze versie werd aangepast in 2012. Tot op heden ontbreekt in België hierover elke richtlijn.

Om een duidelijk stappenplan op te stellen met het oog op verbetering, moet eerst begrepen worden wat de resterende noden zijn van deze communicatie. Met het *literatuuronderzoek* willen we onze kennis aanscherpen en de noden betreffende de interdisciplinaire communicatie goed begrijpen. Waar zitten de hiaten? Waar is nog verbetering mogelijk en op welke manier kan die worden bewerkstelligd?

Doel van het literatuuronderzoek: “Wat zijn de noden in informatie-uitwisseling tussen de huisarts en kinesitherapeut?”

3.1 Methode

Het doorzoeken van de literatuur gebeurt volgens de ‘watervalmethode’. Eerst worden quaternaire bronnen geraadpleegd, dan tertiaire, secundaire en primaire, waarna wordt overgeschakeld op de ‘grijze literatuur’, dit zijn publicaties die niet beschikbaar zijn via normaal doorzochte kanalen.

De **quaternaire bronnen** (richtlijnen) die doorzocht werden, waren de NHG-standaarden, de richtlijnen van Domus Medica, EBM PracticeNet, en database DynaMed. “communicatie” of ”communication” en “interdisciplinair” of “interdisciplinary’ werden hier als zoektermen gebruikt.

Tertiaire bronnen zoals Minerva en Clinical Evidence zijn kritische artikelbesprekingen door groepen deskundigen. Ik gebruikte de zoektermen “interdisciplinair” en “communicatie“ bij Minerva. De zoektermen “interdisciplinary (+physiotherapist)” en “communication (+physiotherapist)” werden gebruikt bij Clinical Evidence.

Vervolgens doorzocht ik de **secundaire bronnen**, meer bepaald de systematische reviews en meta-analyses. Hiervoor zocht ik in The Cochrane Library en PEDro (The Physiotherapy Evidence Database) met volgende zoektermen: “interdisciplinary communication” en “interprofessional communication”.

De **primaire bronnen** (oorspronkelijke studies) ging ik opzoeken via PubMed en Google Scholar, door gebruik te maken van Mesh-termen. Gezien de uiteenlopende benamingen voor “kinesitherapie” zijn deze zoekopdrachten nogal uitgebreid. De zoektermen die ik hier gebruikte, waren: ("Physical

Therapists"[Mesh] OR "Physiotherapists"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) , ("Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND (("Family Practice"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh])).

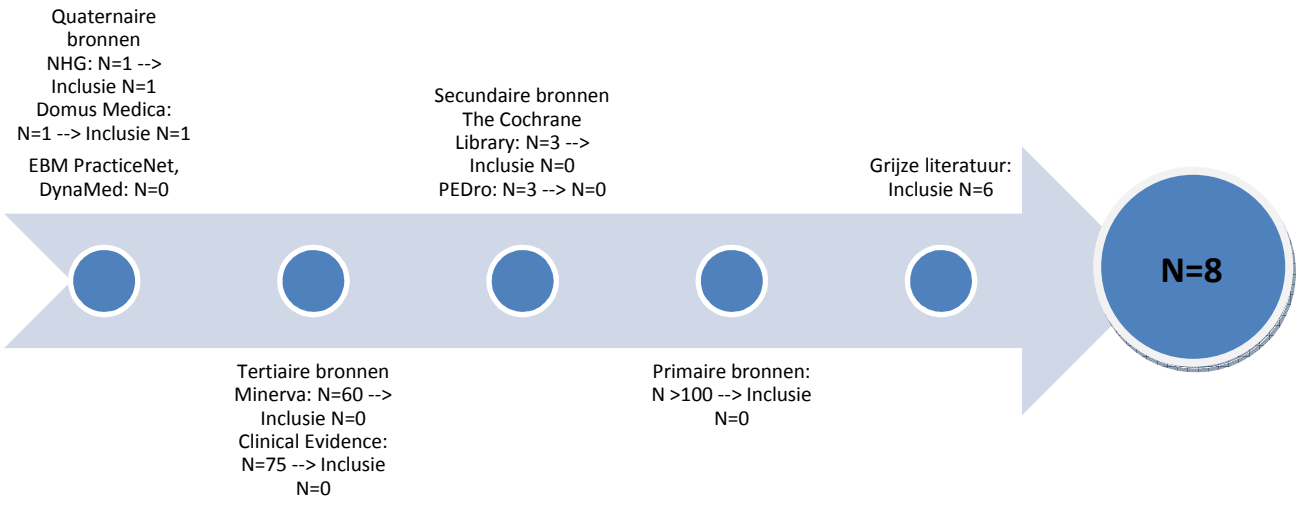
Voor de zoektocht in de **grijze literatuur** doorbladerde ik het archief van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (NTvF). We traden ook in communicatie met een aantal bevriende kinesitherapeuten en zorgcoördinatoren van wijkgezondheidscentra om ideeën op te doen. Ook doorzocht ik de database van de recente masterproeven via het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO).

Op de website van Domus Medica of de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) vond ik een verwijzing naar twee modules voor een LOK betreffende de communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. Via e-mail werd er contact opgenomen met Domus Medica. Er werd gevraagd inzage te bekomen in de modules.

Artikels werden gekozen op basis van relevantie en beschikbaarheid van het volledige artikel.

De onderzoeksvragen van het literatuuronderzoek zijn: “Op welke manier en via welk medium is de uitwisseling van informatie gewenst?”, “Welke momenten van informatie-uitwisseling worden verkozen?”, “Welke elementen worden als struikelblok ervaren voor een goede communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut?”

3.2 Resultaten



Acht artikels werden weerhouden, waarvan twee richtlijnen. De tertiaire, secundaire en zelfs de primaire bronnen leverde geen relevante artikels op. Het doorzoeken van de database van de recente masterproeven van het ICHO leverde 4 bruikbare (ongepubliceerde) artikels op. Via bevriende kinesitherapeuten kreeg ik toegang tot 2 relevante artikels in de multidisciplinaire zorg. Communicatie met de zorgcoördinatoren van wijkgezondheidscentrum van Vilvoorde en Genk leverde mij geen nieuwe artikels op, doch deed mij meer inzicht krijgen in de gang van zaken in de praktijk.

De richtlijn over de ***gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinesitherapeut*** werd in 2012 uitgebracht in Nederland en biedt voorstellen ter oplossing van de wederzijdse informatiebehoefte.[1]
Eerst worden logische momenten van informatie-uitwisseling beschreven, waarna de verschillende vormen van informatie-uitwisseling aan bod komen en de implementatie hiervan bij beide partijen. Er wordt gewerkt via een "envelop-kern-bijlage" waarbij er verplichte en optioneel toe te voegen rubrieken worden voorgesteld. De bronnen en de wijze van het tot stand brengen van de richtlijn worden niet vermeld.

Via Domus Medica vond ik twee modules uit het jaar 2004, opgesteld voor het organiseren van een LOK-vergadering betreffende de ***communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut***, met als doel deze communicatie te verbeteren.[2]

Het betreft een uitgebreide waaier aan informatie, te beginnen met een wegwijzer in het beroep van de kinesitherapie. Een overzichtslijst van E-pathologieën en F-pathologieën zijn toegevoegd. Het pakket bevat een volledig uitgeschreven document met het takenpakket voor de moderator, inclusief casuïstiek en de agenda-indeling van de bijeenkomst. Het kinesitherapieverslag wordt eveneens besproken. Tijdens de LOK vergadering zijn zowel artsen als kinesitherapeuten aanwezig. Beide beroepsgroepen trachten, door in dialoog te treden, inzichten te bekomen in een goede communicatie.

De onderlinge ***communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut*** werd in 2009 onderzocht in een masterproef tot het behalen van de titel van huisartsgeneeskunde.[3] Deze begint met een systematische review met als vraag: "wat is er reeds gekend over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten?" Hierop volgt een observationele studie. 266 kinesitherapievoorschriften werden ontleed, voornamelijk op inhoud en volledigheid. Er waren 246 (92.1%) voorschriften volledig ingevuld, 21 (7.9%) voorschriften waren onvolledig ingevuld. Een verdeling naar leesbaarheid leverde volgende resultaten op: 253 (95.1%) voorschriften werden als leesbaar beschouwd. Van de handgeschreven voorschriften waren er 162 (60.9%) leesbaar en 13(4.9%) niet leesbaar. De diagnose

ontbrak of was onleesbaar op 27 voorschriften (10.2%). Bij 71.4% van de voorschriften werd een goede diagnose vermeld. Er wordt afgesloten met een kwalitatief onderzoek d.m.v. semigestructureerde interviews bij 10 kinesitherapeuten. Hier werd gepeild naar de inhoud van de verwijzing, communicatie met de huisarts onderling en verslaggeving. Allen gaven zij aan dat het voorschrift tekortkomingen kent. De tekortkomingen van het voorschrift waren hoofdzakelijk: de geringe informatie met betrekking tot de patiënt, het niet leesbare geschrift, de vage en algemene diagnose werd ook aangehaald als element ter verbetering, het soms ontbreken van administratief essentiële elementen zoals de handtekening van de arts, de datum, het aanduiden wanneer een huisbezoek noodzakelijk was,… Suggesties voor een toekomstig kinesitherapie voorschrift werden opgesteld.

Het kinesitherapievoorschrift werd in 2013 onder de loep genomen ***als communicatiemiddel tussen huisartsen en kinesitherapeuten*** in een masterproef tot het behalen van de titel van huisartsgeneeskunde.[12] Een literatuurstudie werd uitgevoerd met als onderzoeksvraag: "Wat zijn de (meest) voorkomende fouten bij de opstelling van een kinesitherapievoorschrift door (huis)artsen en hoe kunnen we deze in de toekomst beperken?"
In een observationeel onderzoek werd een enquête verstuurd naar 813 huisartsen, waarvan 40 een antwoord instuurden. De kennis van de verplicht in te vullen onderdelen van het kinesitherapievoorschrift bij de huisarts werd getest, dewelke vrij goed bleek. Enkel het onderdeel "maximaal aantal behandelingen" werd door 7,5% van de deelnemers als onterecht als optioneel aangeduid en het onderdeel "anatomische lokalisatie van de letsels indien dit niet uit de diagnose blijkt" werd onterecht als verplicht aangeduid door 85% van de deelnemende huisartsen. Uit de open vraag "Zijn er naar uw mening nog andere obstakels, buiten het gebrek aan kennis, waardoor een kinesitherapievoorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld door de arts? Zo ja, welke?" kwamen een aantal suggesties. Meer dan de helft van de huisartsen gaven geen antwoord op deze vraag. Het merendeel van de resterende huisartsen beantwoordde deze vraag negatief. Verder werden nog volgende problemen aangekaart: het gebrek aan kennis over de mogelijke therapeutische behandelingen die toegepast kunnen worden voor welk probleem, de grote diversiteit tussen de kinesitherapeuten zelf, waardoor de huisarts niet altijd weet wie welke behandeltechniek nu wel of niet kan toepassen, de onduidelijkheid tussen een E- en F-pathologie, het niet weten of de patiënt al kinesitherapie heeft gehad (bv. voorgeschreven door een collega-arts) en dus boven zijn maximum zit voor een bepaalde aandoening, onduidelijke communicatie van de geneesheer-specialist (bv. de huisarts kent niet altijd het nomenclatuurnummer van de operatie die de patiënt heeft ondergaan), aard en frequentie wordt best door de kinesitherapeut zelf bepaald, tijdsgebrek, slordigheid en niet

aangepaste medische software. Als laatste gebeurde er een inzameling van foutieve/onvolledige kinesitherapievoorschriften via kinesitherapeuten, dewelke werden geanalyseerd en werd op basis hiervan een voorbeeldsjabloon van het kinesitherapievoorschrift opgesteld.

Een derde masterproef voor het behalen van de master huisartsgeneeskunde in het jaar 2014 met als titel ***Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts*** werd doorgenomen.[6] De systematische review heeft als onderzoeksvragen: "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?" en "Welke toepassingen bestaan er in België?". Dit laatste is voor mijn onderzoek echter minder relevant. We focussen ons op de resultaten van de eerste vraag: uit de artikels blijkt eenduidig dat er voornamelijk gebrek is aan kennis inzake de inhoud van het beroep kinesitherapie. Een aantal adviezen voor het bevorderen van deze voorkennis worden aangehaald: vaste overlegmomenten, de ontwikkeling van een multidisciplinair eerstelijnsprotocol, gezamenlijk patiënten zien, werken in gezondheidscentra, toepassing van het elektronisch kinesitherapiedossier waarbij snelle, overzichtelijke verslagen van kinesitherapeut naar arts mogelijk moeten zijn.
In het observationeel onderzoek wordt een gestructureerde vragenlijst naar zowel patiënten, (huis)artsen als kinesitherapeuten verstuurd. Doel hiervan is om de (huidige) reële vraag naar het invullen van deze tekortkomingen op te sporen. Hiernaast worden aan de hand van de stellingen eventuele nieuwe "gaps" blootgelegd. Meningen van de verschillende groepen worden vergaard en vergeleken. Als resultaat wordt er gesteld dat de communicatie tussen arts en kinesitherapeut nog steeds als ontoereikend wordt ervaren. Ook het gebrek aan voorkennis van het beroep kinesitherapie wordt bevestigd. Mogelijke strategieën om dit laatste probleem aan te pakken zouden zijn: theoretische lessen of korte stages, navorming,… Interdisciplinaire gegevensdeling tussen huisarts en kinesitherapeut zien zowel patiënten, artsen als kinesitherapeuten het liefst ingevuld met relevante beeldvorming en medische voorgeschiedenis van de patiënt. Er is vanuit beide partijen ook een duidelijke vraag naar gegevensdeling van kinesitherapeut naar arts. Pluspunten hiervan zijn betere opvolging en begeleiding van de patiënt en een verbetering van de voorkennis van de arts inzake het beroep van de kinesitherapeut. Bij het in gebruik nemen van het elektronisch voorschrift via Recip-e, blijkt uit de resultaten dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten hier in grote getale de voorkeur aan zouden geven.

Multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg is een richtlijn voor het vormgeven van het proces van samenwerken.[5] Deze werd ontwikkeld in Heerlen (hogeschool Zuyd)

in het jaar 2011. De aanzet was de constatatie dat multidisciplinaire samenwerking stroef loopt in de zorg voor kinderen met complexe zorgvragen, door een veelal te monodisciplinaire benadering. Om een goede samenwerking te bevorderen werd een handleiding opgesteld. Deze samenwerking tussen de disciplines is immers noodzakelijk om een optimale kwaliteit van zorg te bieden.

De leidraad ziet er als volgt uit: in het eerste hoofdstuk worden een aantal theoretische concepten besproken die als basis dienen voor het zorgproces. In hoofdstuk twee wordt in zeven stappen aangegeven hoe professionals het zorgproces kunnen vormgeven. Het proces van zorg wordt in kaart gebracht door middel van de methode procesmapping. Het eindresultaat is een stroomdiagram, waarin duidelijk wordt wie wat, wanneer en hoe doet. Vervolgens wordt in het laatste hoofdstuk aangegeven hoe het proces gemonitord kan worden.

Een overzicht van ***multidisciplinaire samenwerking*** en de daarvoor bestaande zorgpaden werd in 2013 ontworpen door de verschillende Vlaamse universiteiten (VUB, UA, Universiteit Gent en KULeuven) in samenwerking met Domus Medica.[4] Hier wordt het belang van multidisciplinaire zorg bij chronische ziekten in de verf gezet.

3.3 Discussie

We gingen op zoek naar de noden van huisarts en kinesitherapeut in onderlinge communicatie. De vondst van relevante artikels omtrent de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de eerste lijn is schaars. Wel heerst er eenduidigheid over het gebrek aan deze interdisciplinaire interactie.

Om een antwoord te formuleren op mijn onderzoeksvraag, verdeel ik deze onder in een aantal meer specifieke vragen.

"Welke gegevens dienen gedeeld te worden?"

In een aantal artikels komt naar boven dat medische voorgeschiedenis en bijlagen (zoals medische beeldvorming) onvoldoende worden gedeeld. De Nederlandse richtlijn van NHG en KNGF stelt daarom voor de medicatielijst, de relevante voorgeschiedenis en medische beeldvorming toe te voegen.

"Op welke manier is deze uitwisseling van informatie gewenst?"

Een voorbeeldsjabloon van het kinesitherapievoorschrift, wat door artsen als positief wordt ervaren, werd gemaakt voor het vermijden van foutieve voorschriften. Voorkeur gaat naar getypte voorschriften om onleesbaarheid tegen te gaan.[12]

De wijze van informatie-uitwisseling op heden is in deze artikels niet onderzocht. Wel komt hier duidelijk uit dat, wanneer eHealthmodules voor interdisciplinaire communicatie in gebruik zullen worden genomen, zowel de huisarts als de kinesitherapeut hier in grote getale de voorkeur aan zouden geven. Dit gaat zowel over Recip-e als over het Metahub-systeem. In Recip-e, waar digitaal kan worden voorgeschreven, zal in de toekomst ook het elektronisch kinesitherapievoorschrift verwerkt worden. Metahub is een concept voor "gegevensdeling extramurale zorgverleners" op het eHealth-platform.[6]

"Welke momenten van informatie-uitwisseling worden verkozen?"

De huisarts verwijst naar de kinesitherapeut en na afronding van de behandeling stuurt deze laatste een eindverslag. Indien het verloop en/of het karakter van de behandeling substantieel afwijkt van het verwachte, of periodiek (1-2 x per jaar) bij chronische behandeling, stuurt de kinesitherapeut een tussentijds voortgangsverslag. Het is ook mogelijk dat de kinesitherapeut tijdens zijn behandeling een interventie van de huisarts nodig acht of extra informatie nodig heeft . Ook dit is een aanleiding voor een extra informatie-uitwisseling.[1]

"Welke elementen worden als struikelblok ervaren voor een goede communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut?"

Een heel aantal tekortkomingen in de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten in België werden reeds onderzocht. Deze bleken voornamelijk de voorkennis van de arts inzake het beroep kinesitherapie, invulling van het elektronisch kinesitherapievoorschrift en een duidelijke invulling van het topic 'gegevensdeling tussen extramurale zorgverleners' te zijn. Uit een recent onderzoek waar zowel huisartsen, specialisten, kinesitherapeuten als patiënten werden geïnterviewd, blijkt dat deze gegevensdeling liefst ruimte laat voor toegang tot medische voorgeschiedenis en relevante medische beeldvorming.
Voorstellen om de voorkennis van de arts te verbeteren zijn onder andere: vaste overlegmomenten, de ontwikkeling van een multidisciplinair eerstelijnsprotocol, gezamenlijk patiënten zien, werken in gezondheidscentra, bijscholingen en een goede toepassing van het elektronisch kinesitherapeutisch dossier met snelle verslaggeving naar de arts.[6]

3.4 Conclusie

De huidige communicatie tussen arts en kinesitherapeut worden als ontoereikend ervaren.[6] Vele noden werden reeds onderzocht en voor enkele werd reeds een oplossing voorgesteld. Zo bijvoorbeeld het opmaken van het kinesitherapievoorschrift met een standaardsjabloon om hierin

fouten te vermijden, het vastleggen van gewenste communicatiemomenten en concrete voorstellen tot het verbeteren van de voorkennis van de arts inzake het kinesitherapeutisch beroep.

De literatuur wijst op een blijvende ontevredenheid van zowel huisartsen als kinesitherapeuten.[6] Om inzicht te krijgen in de huidige situatie, moet de literatuur worden getoetst aan de meningen van huisartsen en kinesitherapeuten. Zo krijgen we een idee over de reële tevredenheid en kan er worden nagegaan of de richtlijnen en praktijkverbeterende voorbeelden uit de literatuur ook worden geïmpliceerd in de praktijk.

Verder onderzoek moet worden verricht om na te gaan welke gegevens reeds worden gedeeld en op welke manier en op welke tijdstippen informatie-uitwisseling plaatsvindt. Wat zijn de barrières die hier worden ondervonden? Hoe kunnen deze worden omzeild?

4. Resultaten

4.1 Enquête

De enquête werd verstuurd naar **228 huisartsen**. Dit zijn leden van de Harno en de huisartsenkring Halle en omgeving, met respectievelijk 130 en 98 actieve leden. **421 kinesitherapeuten** ontvingen de enquête. 102 leden van de KNB en 245, 21 en 53 leden van respectievelijk de Leuvense Kinesitherapeuten Kring, Kinékring Zoniën en de Tiense Kinesitherapeuten Kring.

Het percentage zorgverleners dat deelnam aan de enquête na deze te hebben ontvangen per mail, is bijna dubbel zo groot bij de kinesitherapeuten ten opzichte van de huisartsen. Er werd een enquête verstuurd naar 228 huisartsen. Van de 53 artsen die de enquête startten, hebben 3 artsen de enquête vroegtijdig stopgezet. 50 huisartsen vulden de enquête volledig in. Van de 421 enquêtes die naar kinesitherapeuten werden verstuurd, hebben 169 kinesitherapeuten deelgenomen aan de enquête. 135 kinesitherapeuten hebben de enquête volledig ingevuld. (Tabel 1)

Er namen meer vrouwelijke (58%) dan mannelijke huisartsen (42%) deel. Bij de kinesitherapeuten waren er dan weer meer mannen (53%) dan vrouwen (47%) die de vragenlijst invulden. In totaal hielden mannen (93 deelnemers) en vrouwen (92 deelnemers) elkaar perfect in evenwicht.

De leeftijd van zowel de deelnemende artsen als kinesitherapeuten lag hoog. Respectievelijk 56% en 64% van de deelnemers is ouder dan 45 jaar. (Tabel 2)

Tabel 1: deelnames enquête

	Huisartsen, n (%)	Kinesitherapeuten, n (%)
Aantal verzonden enquêtes	228	421
Aantal deelnames	53 (23)	169 (40)
Vroegtijdig gestopt	3 (5)	34 (20)
Afgedankt	0 (0)	0 (0)
Einde bereikt	50 (94)	135 (80)

Tabel 2: socio-demografische kenmerken

		Huisartsen, n (%)	Kinesitherapeuten, n (%)
Geslacht	Man	21 (42)	72 (53)
	Vrouw	29 (58)	63 (47)
Leeftijd	<25 jaar	0 (0)	3 (2)
	25-35 jaar	16 (32)	24 (18)
	35-45 jaar	6 (12)	22 (16)
	45-55 jaar	8 (16)	32 (24)
	55-65 jaar	20 (40)	41 (30)
	>65 jaar	0 (0)	13 (10)

De meningen over de kwaliteit van de huidige communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut zijn verdeeld. 20% vindt dat er voldoende gecommuniceerd wordt. 46% van de artsen is het hier niet mee eens. Bij de kinesitherapeuten ligt dit cijfer nog hoger. 64% vindt dat er onvoldoende gecommuniceerd wordt. 24% van de deelnemers is het noch eens, noch oneens met deze stelling en neemt geen standpunt in.

In totaal 80% van de huisartsen schrijft zijn kinesitherapievoorschrift voor via een standaardsjabloon. 66% van de artsen gebruikt voor dit voorschrift zijn medische software. Bij de kinesitherapeuten schrijft slechts een kleine meerderheid (59%) het verslag via een standaardsjabloon en 70% gebruikt hiervoor zijn of haar medische software.

In totaal 46% van de huisartsen vermeldt indien nodig de relevante voorgeschiedenis en eventuele alarmsymptomen. 54% van de artsen vermeldt enkel de minimale vereisten van een kinesitherapievoorschrift (diagnose, maximum aantal sessies, datum, stempel en handtekening). Dit

terwijl het merendeel van de kinesitherapeuten (69%) naast de minimale vereisten ook relevante, aanvullende informatie op het kinesitherapievoorschrift wensen.

In totaal 72% van de huisartsen schrijven al eens een gedetailleerd behandelingsvoorstel op het voorschrift. Hiervan bedoelt 86% dit suggererend (niet limiterend).
De overige huisartsen (28%) zeggen dit nooit te noteren op het voorschrift. Nochtans vindt de overduidelijke meerderheid aan kinesitherapeuten (95%) een therapievoorstel vanwege de huisarts onnodig.

Een minderheid van de huisartsen (18%) geeft nooit een bijlage mee voor de kinesitherapeut. De overige huisartsen zeggen dit wel te doen, waarvan 26% enkel indien dit een contra-indicatie betekent voor een bepaalde behandeling. Kinesitherapeuten (99%) verwachten dan ook dat de artsen relevante bijlagen meegeven.

In totaal 84% van de kinesitherapeuten schrijft een verslag naar de huisarts. Hiervan doet de meerderheid (81%) dit enkel indien er zich een probleem voordoet. De huisartsen (94%) verwachten dan ook een verslag van de kinesitherapeut. Het merendeel (64%) wenst dit enkel indien er zich een probleem stelt.

In totaal 76% van de huisartsen verkiest een kort start-en eindbilan boven een uitgebreid en gedetailleerd verslag. Toch schrijft amper 35% van de kinesitherapeuten het verslag op die manier. Meer dan de helft (56%) verkiest immers als inhoud van het verslag een oplijsting van anamnese, klinisch onderzoek, behandeling en resultaten.

Communicatie via een beveiligde server (eHealth, Hector, medibridge) wordt verkozen door 76% van de huisartsen. Bij gebrek hieraan worden schriftelijke verslagen (meegegeven met de patiënt) (38%) en telefonisch (32%) geprefereerd. Het merendeel van de kinesitherapeuten (58%) bezorgt het verslag tot op heden schriftelijk, via de patiënt, aan de arts.

De huisartsen schatten hun kennis over de inhoud van het kinesitherapeutisch beroep eerder goed in. 58% beschouwt deze als goed of voldoende. Hiervan is 80% ervan overtuigd dat dit de communicatie met de kinesitherapeut kan bevorderen.

Van de huisartsen die hun kennis over het kinesitherapeutisch beroep als slecht of onvoldoende inschatten (42%), ziet 71% dit als een struikelbok in de onderlinge communicatie.

Slechts **17%** van de ondervraagde zorgverstrekkers vond de huidige communicatie voldoende.

In totaal dus 10 van de 50 artsen en 22 van de 135 kinesitherapeuten.

Tabel 3: resultaten enquête

		Huisartsen, n (%)	Kinesitherapeuten, n (%)
Totaal aantal ingevulde vragenlijsten		50 (94)	135 (80)
Er wordt voldoende gecommuniceerd tussen huisartsen en kinesitherapeuten	Helemaal eens	1 (2)	4 (3)
	Eens	9 (18)	18 (13)
	Niet eens/oneens	17 (34)	27 (20)
	Oneens	18 (36)	62 (46)
	Helemaal oneens	5 (10)	24 (18)
	Geen mening	0 (0)	0 (0)
Schrijft U een behandeling door de kinesitherapeut voor op een standaardsjabloon? / Schrijft u uw verslagen via een standaardsjabloon?	Ja	40 (80)	67 (59)
	Nee	10 (20)	46 (41)
Maakt u uw voorschrift met uw medische software? / Schrijft u uw verslagen via uw medische software?	Ja	33 (66)	79 (70)
	Nee	17 (34)	34 (30)
Welke inhoud zet u op een kinesitherapievoorschrift? / Welke inhoud verwacht u dat een goed kinesitherapievoorschrift bevat?	Minimale vereisten	35 (70)	38 (28)
	Aanvullende voorgeschiedenis of eventuele alarmsymptomen	23 (46)	93 (69)
	Andere	2 (4)	4 (3)
Voegt u een gedetailleerd behandelingsvoorstel toe aan het voorschrift? / Verwacht u van de arts een gedetailleerde behandeling op het voorschrift?	Altijd	2 (4)	Ja 7 (5)
	Regelmatig	8 (16)	
	Soms	26 (52)	
	Nooit	14 (28)	Nee 128 (95)
Indien u dit doet, bedoelt u dit:	Limiterend	5 (14)	
	Suggererend	31 (86)	

Voegt u bijlagen toe (operatieverslag voor postoperatieve kinesitherapie, EMG, beeldvorming)? / Verwacht u dat de huisartsen bijlagen meegeeft met da patiënt (operatieverslag voor postoperatieve kinesitherapie, EMG, beeldvorming)?	Ja	28 (56)	108 (80)
	Nooit	9 (18)	2 (1)
	Alleen indien voor manipulatie of behandeling	13 (26)	25 (19)
Wanneer verwacht u een terugrapportering aan de hand van een kinesitherapieverslag? / Wanneer schrijft U een verslag van een behandeling, voorgeschreven door de huisarts?	Na elke kinesitherapie-voorschrift	17 (34)	21 (16)
	Enkel bij problemen	30 (60)	92 (68)
	Nooit	3 (6)	22 (16)
Waaruit dient een goed kinesitherapieverslag volgens u te bestaan? / Waaruit bestaat uw verslag naar de huisarts?	Anamnese, klinisch onderzoek, behandeling en resultaten	16 (32)	63 (56)
	Kort start-en eindbilan	38 (76)	39 (35)
	Geen mening		3 (3)
	Andere		8 (6)

Via welke media dient er te worden gecommuniceerd? / Via welke media bezorgt u dit aan de huisarts?	Per post	8 (16)	23 (20)
	Schriftelijk verslag, meegegeven met de patiënt	19 (38)	65 (58)
	Telefonisch contact	16 (32)	7 (6)
	Persoonlijk contact	5 (10)	7 (6)
	Via een beveiligde server integreerbaar in het medisch dossier (e-health postbus, hector, medibridge)	38 (76)	23 (20)
Hoe schat u uw kennis in van het kinesitherapeutisch beroep?*	Zeer goed	0 (0)	
	Goed	7 (14)	
	Voldoende	22 (44)	
	Onvoldoende	19 (38)	
	Slecht	2 (4)	
	Zeer slecht	0 (0)	
	Totaal	50	
Onvoldoende kennis kan een struikelblok zijn voor een goede onderlinge communicatie. (indien één van de drie laatste keuzemogelijkheden bij *)	Helemaal eens	7 (33)	
	Eens	8 (38)	
	Niet eens / oneens	5 (24)	
	Oneens	1 (5)	
	Helemaal oneens	0 (0)	
	Geen mening	0 (0)	
Voldoende kennis bevordert de onderlinge communicatie. (indien één van de drie eerste keuzemogelijkheden bij *)	Helemaal eens	4 (14)	
	Eens	19 (66)	
	Niet eens / oneens	4 (14)	
	Oneens	0 (0)	
	Helemaal oneens	0 (0)	
	Geen mening	2 (7)	

4.2 Bijeenkomst van huisartsen en kinesitherapeuten

11 artsen en 10 kinesitherapeuten waren bereid deel te nemen aan deze bijeenkomst. Deze groep werd onderverdeeld in drie subgroepen van elk 7 personen om drie stellingen te bespreken. (Bijlage 7)

Na analyse van deze bijeenkomst werden de noden in de informatie-uitwisseling opgelijst, alsook de barrières. Hieruit werd dan een concreet plan voor de toekomst opgesteld, ter implementatie in de regio Noordrand Brussel.

Elke deelnemer ondertekende een informatieformulier ter goedkeuring tot deelname. Een evaluatieformulier werd ingevuld door alle deelnemers en bevatte drie vragen: “Het onderwerp van deze handleiding is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep”, “De inhoud van de LOK-vergadering is toepasbaar voor mijn praktijk”, Na deze LOK-vergadering heb ik de intentie om mijn praktijkhandelen aan te passen”. Op iedere vraag werd er door elk van de deelnemers ingestemd, met akkoord of helemaal akkoord.

Kinesitherapievoorschrift

De wijze waarop het kinesitherapievoorschrift is opgesteld, maakt dat de kinesitherapeut er vaak geen rekening mee houdt. Een onvolledige medische diagnose, een behandelingsvoorstel aangeduid in een exhaustieve lijst of gebrek aan nuttige voorgeschiedenis van de patiënt en relevante bijlagen. Daarboven zijn ze vaak onleesbaar.
Daarom wordt de gewenste inhoud van het voorschrift bediscussieerd aan de hand van een tabel. (Bijlage 4) Het doel is het opstellen van een standaardsjabloon waar de aanwezige huisartsen en kinesitherapeuten zich in kunnen vinden.

Er wordt voor gekozen om de frequentie van de behandeling niet standaard op het voorschrift te noteren, enkel indien de arts hier een uitgesproken mening over heeft. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om een acute pathologie en behandeling vaker nodig is: elke dag of uitzonderlijk zelfs twee keer per dag, bij respiratoire aandoeningen.
Het noteren van de frequentie van de behandeling op het voorschrift is niet verplicht en ook niet bindend voor de kinesitherapeut. Naar mate de behandeling vordert, wordt er meestal afgebouwd in frequentie. Indien de frequentie toch genoteerd wordt, kan die limiterend werken voor de kinesitherapeut. De terugbetaling is immers niet geldig indien de frequentie hoger ligt dan de voorgeschreven frequentie. Om die reden, en omdat er wordt geacht dat de kinesitherapeut dit zelf kan inschatten, wordt er verkozen om de frequentie niet te noteren op het voorschrift.

De aard van de behandeling kan best worden ingeschat door de kinesitherapeut. Immers, de huisarts kent de inhoud van de kinesitherapeutische behandelingen en de indicaties hiervoor vaak onvoldoende.
Indien de arts echter vraagt om een specifieke behandeling, kan hij deze expliciet noteren. Ook wanneer er een contra-indicatie is voor een bepaalde behandeling, moet deze worden beschreven in het voorschrift. Er werd gevraagd de behandeling te specificeren en niet te werken met een exhaustieve aankruislijst. Ook al vindt een aantal huisartsen dit handiger en sneller, kinesitherapeuten geven aan met dergelijke lijsten geen rekening te houden.

De voorgeschiedenis van de patiënt dient vermeld te worden, indien deze relevant is voor de kinesitherapeut. Dit bijvoorbeeld bij pathologieën die een contra-indicatie betekenen voor een bepaalde behandeling, die voorzien de behandeling te bemoeilijken, etc.

Kinesitherapeuten en artsen kiezen ervoor om geen duidelijk doel van de behandeling door de voorschrijver te formuleren op het voorschrift. Ze vinden dit voor de hand liggend: genezing, behoud van functie en dergelijke meer. Dit kan zonder probleem bepaald worden door de kinesitherapeut.

Sinds 1 november 2015 is het voor de terugbetaling niet meer nodig om op het voorschrift te vermelden of de patiënt al dan niet de woonst kan verlaten. Het wordt door de aanwezigen dan ook niet nuttig geacht. De kinesitherapeuten kunnen deze inschatting zelf maken. Toch is er één arts die van mening is dat de huisarts de algemene gezondheid van de patiënt beter kent en dit dus zal blijven vermelden op het voorschrift indien nodig.

De vraag voor een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek wordt amper gebruikt. Dit is een consultatie bij de kinesitherapeut waar een uitgebreid klinisch onderzoek verricht en de arts schriftelijk advies wordt verschaft over de mogelijkheden en verwachtingen van een reeks behandelingen door de kinesitherapeut. Dit gebeurt voorafgaand aan een eventuele behandeling en kan slechts eenmaal per pathologie worden voorgeschreven. Slechts twee van de aanwezige kinesitherapeuten hadden ooit zo'n voorschrift gekregen. Sommige artsen hadden nog niet van het bestaan ervan gehoord. Het werd om die reden niet gezien als een duidelijke meerwaarde om dit op het standaardsjabloon te vermelden. Het zal wel in het achterhoofd worden gehouden dat dit bestaat.

Het verzoek om een verslag wordt gevraagd door de arts indien er problemen zijn, bijvoorbeeld bij twijfel over de indicatie of onzekerheid over de diagnose. Indien de artsen en kinesitherapeuten elkaar beter kennen en er duidelijke afspraken bestaan, hoeft dit niet meer op het voorschrift worden vermeld, maar weet de kinesitherapeut in welke gevallen een verslag gewenst is.

Bijlagen, zoals relevante medische beeldvorming en een verslag van de specialist, moeten steeds gedeeld worden. Dit vonden zowel huisartsen als kinesitherapeuten belangrijk omdat de kinesitherapeut op die manier een eventuele contra-indicatie voor een vorm of intensiviteit van een fysieke belasting aan het licht kan worden gebracht. Kinesitherapeuten verkozen het protocol boven het inkijken van de beelden. Aankruisen op het voorschrift of een bijlage al dan niet werd meegegeven, wordt dan weer als overbodig beschouwd. Het delen van deze informatie kan door het verslag van de specialist of van de medische beeldvorming mee te geven aan de patiënt.
Tegenwoordig volstaat voor medische beeldvorming vaak een code waarmee zowel de patiënt als de zorgverlener toegang krijgt tot de beelden en het bijgevoegde protocol.
Het verslag van de specialist is vooral handig voor de kinesitherapeut om af te leiden of het gaat om een E-pathologie, een postoperatieve behandeling, etc.

De aanvangsdatum van het voorschrift moet meestal niet worden vermeld. De arts weet immers meestal niet wanneer de patiënt start met zijn behandeling bij de kinesitherapeut. De enige situatie waar dit handig kan zijn, is wanneer een patiënt met een E-pathologie een aantal keer per jaar bij de specialist op controle gaat en hier zijn voorschriften krijgt voor de komende maanden.

Het vermelden van de datum waarop het voorschrift wordt geschreven is verplicht. Toch zouden de huisartsen dit vaak weglaten voor het gemak van de kinesitherapeut, om te antidateren zo nodig. Maar dit brengt de kinesitherapeut in een lastig parket, aangezien dit niet wettelijk is. Een aantal kinesitherapeuten stelt voor dit via een stempel te doen, zodat er geen geschriftherkenning is.

Nomenclatuur van de ingreep is vaak niet gekend door de huisarts en in dat geval niet mogelijk om te vermelden op het voorschrift. Soms staat dit op het operatieverslag dat aan het voorschrift wordt toegevoegd, zoals overeengekomen. De datum van de ingreep is meestal wel gekend en wordt nuttig geacht.

Het vermelden van een E- of F-pathologie hoeft niet perse letterlijk bij een patiënt met verhoogde tegemoetkoming. Het kan ook vervangen worden door de juiste omschrijving, bijvoorbeeld ‘gangrevalidatie’.

Kinesitherapieverslag

Vele huisartsen krijgen bijna nooit een verslag van de kinesitherapeut. Nochtans zijn zij vragende partij om op welomschreven momenten in het zorgproces een verslag te ontvangen. Er wordt regelmatig via de patiënten gecommuniceerd, wat tot ontevredenheid van de arts leidt. De verslagen die ze krijgen, vinden ze vaak te lang.
Ook voor het verslag werd er in discussie getreden over de inhoud van een standaardsjabloon. Een

tabel met de mogelijke inhoud van een kinesitherapieverslag werd voorgelegd, opgesteld op basis van het ICF-model. (Bijlage 5) De indicatie en timing van een verslag wordt later besproken.

De datum en de medische diagnose worden door het softwareprogramma automatisch overgenomen van op het voorschrift. Zo heeft de arts ook een betere referentie en weet hij meteen waar het over handelt.

Beginbilan.
Visie van de patiënt. Dit vinden de meeste artsen overbodig. Het is reeds overlopen bij de huisarts. Het kan volgens sommigen hoogstens nog even kort worden herhaald. Eventueel te vermelden indien het de kinesitherapeut extra informatie of onvoorziene inzichten heeft bezorgd.
De visie van de kinesitherapeut. Ook hier is het anamnestisch deel reeds grotendeels overlopen bij de huisarts. De stoornissen in functies en anatomische eigenschappen bij het klinisch onderzoek vinden de meeste aanwezigen overbodig. Deze informatie kan bij het eindbilan worden gevoegd (eventueel refereren naar beginwaarden). Zo geeft het een idee van de evolutie. Meten is weten. Een links – rechts vergelijking vinden de kinesitherapeuten niet nuttig. Enkel de pathologische kant dient te worden beschreven.
Het vermelden van een kinesitherapeutische diagnose blijkt niet nodig. Het verschil met de medische diagnose is door de huisartsen onvoldoende gekend. De benaming ligt dan ook bij een aantal huisartsen gevoelig. Een kinesitherapeutische diagnose is een ICF gestructureerde omschrijving. Een synthese van onder andere de klachten en functionele beperkingen van de patiënt. Dit is een onderdeel van het biopsychosociaal gezondheidsprofiel dat de basis vormt van de therapiedoelstellingen van de kinesitherapie.[11] Nadat de huisartsen de betekenis hiervan hadden begrepen, leken ze hier echter geen problemen meer mee te hebben.

Een kinesitherapeutisch zorgplan, een korte schets van de doelen en de strategieën die zullen worden toegepast, wordt als overbodig beschouwd.

De effectieve verrichtingen, de toegepaste therapie, vinden de huisartsen wel zeer interessant. Zo krijgen ze een idee van de kwaliteit van de kinesitherapeut waar naar wordt verwezen. Ook de specifieke behandelingen bij een bepaalde indicatie worden op deze manier duidelijk. De arts leert zo het kinesitherapeutisch beroep beter kennen. Het enige nadeel dat wordt aangegeven door sommige kinesitherapeuten is de tijd dat de beschrijving hiervan in beslag neemt.

Thuisoefeningen die worden meegegeven moeten in het verslag worden vermeld. Zo weet de huisarts wat er van de patiënt wordt verwacht en kan deze mee opvolgen.

De anamnese in het eindbilan is overbodig. Het klinisch onderzoek en de evolutie hiervan wordt wel zeer nuttig gevonden. Dit voornamelijk op vlak van participatie: is hier beterschap geboekt?

Het besluit wordt gezien als het belangrijkste deel van het verslag. Belangrijk te vermelden zijn de afspraken die gemaakt zijn tussen de kinesitherapeut en de patiënt (bijvoorbeeld thuisoefeningen), het resultaat en de voorstellen aan de huisarts. Is er een afwijkend beloop van het herstel? Welke zijn hier de belemmerende factoren? Dient de behandeling vroegtijdig te worden stopgezet? Om welke reden?
Moet de behandeling worden verder gezet? Welke evolutie wordt bij voortzetten van de behandeling verwacht? De artsen vinden het belangrijk dat deze communicatie via hen verloopt. In tegenstelling tot wanneer deze vragen worden gesteld via de patiënt, kan de arts de evolutie beter opvolgen en mee de indicatie stellen.

Huidige communicatie

De huidige communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut wordt door beide partijen als *onvoldoende* ervaren. De artsen melden dat ze zelden een telefoontje of een verslag ontvangen van de kinesitherapeut. Tot op heden wordt er volgens de artsen teveel gecommuniceerd via de patiënt. Deze informatie wordt echter 'niet betrouwbaar' geacht. De artsen zijn vragende partij om op welomschreven momenten in het zorgproces terugkoppeling van de kinesitherapeut te ontvangen. Zoals reeds eerder vermeld, wensen de kinesitherapeuten een duidelijkere communicatie via het kinesitherapievoorschrift.

> *Naar mijn ervaring is die redelijk onbestaande… (huisarts 2, groep 3)*
> *Ja, dat is ook mijn ervaring. (kinesitherapeut 3, groep 3)*
>
> *Ik zou wel wat meer contact willen… (huisarts 1, groep 2)*
>
> *De patiënt komt ons vertellen: de kiné heeft dat en dat gezegd. Dat is niet altijd heel accuraat hé. (huisarts 1, groep 1)*

Waarom ligt de realiteit ver van het doel?
Er worden een aantal barrières aangehaald voor het stroef verlopen van deze communicatie. De *mate waarin ze elkaar persoonlijk kennen*, wordt zowel door de huisarts als de kinesitherapeut als grootste drempel ervaren voor een vlotte onderlinge communicatie. Zowel artsen als kinesitherapeuten geven aan dat ze elkaar beter willen leren kennen voor het bevorderen van de onderlinge communicatie. Zo hebben de kinesitherapeuten ook een idee van de voorkeur van iedere arts op vlak van het communicatiemedium.

Maar het is eigenlijk: als ge de mensen persoonlijk kent, wordt er makkelijker gebeld. (huisarts 2, groep 1)

Ik stel vast dat ik beter ga werken met kinesisten die ik ken dan met kinesisten die ik niet ken…. (huisarts 2, groep 2)

Als de kinesist en de arts 'vrienden' zijn, en samen gaan fietsen, of voetballen, of ik zeg maar iets… dan hebben ze zelfs privénummers van elkaar, en kunnen ze makkelijk bellen. Maar als dat alleen een professionele relatie is, dan is het veel moeilijker. (kinesitherapeut 2, groep 1)

Kinesitherapeuten ondervinden een vorm van *'hiërarchie'*, een gevoel van minderwaardigheid ten opzichte van de arts, wat een afstand creëert. Huisartsen geven aan dat dit allerminst de bedoeling is en zij op gelijke hoogte wensen te communiceren. Ze vinden het dan ook belangrijk dat er onder zorgverleners wordt aangesproken met de voornaam. Dat ze elkaar niet goed kennen, wordt als reden aangehaald dat de arts nog vaak met de familienaam wordt aangesproken.

Ik heb toch wel zo… allee, ik moet eerlijk zijn, als ze daarnet zo zeiden van: de voornaam opschrijven op jullie naamkaartje… ik ga de dokters toch niet met hun voornaam aanspreken? Dat zegt wel dat er toch een beetje een verschil is. Maar ik heb daar geen moeite mee, ik vind dat niet meer als normaal… maar dat zorgt wel voor een soort van afstand. (kinesitherapeut 1, groep 2)

We zijn complementair hé. Niemand is ondergeschikt aan de ander eigenlijk. (huisarts 3, groep 2)
Dat is ook omdat we weinig contact hebben allemaal… (huisarts 1, groep 2)

De kinesitherapeuten halen als barrière aan dat ze vaak *schrik* hebben *om de arts te storen*. Daarom durven ze zelden bellen. De meeste artsen geven daarentegen aan steeds bereikbaar te zijn en graag een telefoontje te ontvangen bij problemen.

Ja en ge zegt van telefonisch… ik vind dat nu echt wel moeilijk om een moment te vinden om te bellen en niet te storen… Niet dat ik daar al een rare reactie op gehad heb ofzo hoor… Maar toch weet ge wel; die zijn nu met een patiënt bezig. (kinesitherapeut 1, groep 2)

De grootste drempel voor het schrijven van verslagen, is dat kinesitherapeuten dit als *tijdrovend* ervaren. Daarenboven staat er *geen vergoeding* tegenover voor de 'courante' verslagen. Ook hebben ze de indruk dat artsen hun verslagen niet lezen. Artsen maakten echter duidelijk dat zij heel graag een terugkoppeling zouden ontvangen onder de vorm van een verslag. Dit achten zij niet nodig bij een pathologie die opgelost is met 9 sessies kinesitherapie en probleemloos verloopt. Wel bij vraag

tot verlenging, vroegtijdige stopzetting of andere onvoorziene omstandigheden. Dit verslag moet kort en bondig zijn.

> *Het verschil is dat we voor het verslag bij een Fa- en een Fb-pathologie (dus die zestig zittingen) worden betaald. Alle verslagen van 'couranten', dat is volledig gratis. (kinesitherapeut 2, groep 1)*
> *Ja maar, wanneer gaat ge dat allemaal doen, allé? (kinesitherapeut 1, groep 3)*
>
> *En heb je daar nood aan, om dat meer te krijgen? (kinesitherapeut 2, groep 2)*
>
> *Ik zou heel graag een verslag hebben…! (arts 3, groep 1)*
>
> *Bijvoorbeeld als het niet stopt na 9 sessies of wanneer er geen vooruitgang wordt gezien ofzo. Want dan komt de patiënt soms wel vragen van: ik heb nog wat nodig, maar dan hebben wij geen idee wat en waarom eigenlijk. (arts 1, groep 2)*
>
> *We krijgen al zo veel verslagen inderdaad… maar bon, dat moet niet lang zijn he! (arts 4, groep 1)*

Een andere drempel die wordt aangehaald, is het *overaanbod aan kinesitherapeuten in de stad*. Er is minder onderling contact, omdat de arts vaak niet weet door welke kinesitherapeut de patiënt behandeld wordt. Dit in contrast met meer landelijke gebieden, waar er meer een één op één relatie bestaat.
Een hiaat die door zowel huisartsen als kinesitherapeuten wordt aangevoeld, is dat de jonge artsen en kinesitherapeuten moeilijk te bereiken zijn. Ze engageren zich weinig in lokale kringen.

> *Ik weet niet of dat voor een stuk stad versus niet echt stad is. Maar bijvoorbeeld: wij hebben in Vilvoorde wel echt vrij veel kiné's en dus de patiënten gaan niet altijd bij dezelfde kiné of maken zelf een keuze. Dat maakt dat wij ook minder contact hebben met de kiné's denk ik. Want dat is niet echt zo'n… jullie hebben echt wel een 1 op 1 relatie dat ge weet van als de patiënt bij de kiné gaat, dan is dat toch altijd bij dezelfde kiné, of bij een van de twee kiné's… (arts 1, groep 2)*

Zowel de kinesitherapeuten als de artsen kijken uit naar het invoeren van de onderlinge communicatie via elektronische weg (Medibridge, E-Healthbox, Hector, …). Onmiddellijk na verzending, arriveert deze post rechtstreeks in het dossier van de patiënt. De huidige communicatie verloopt meestal per post of telefonisch. De voorkeur is afhankelijk van wat de arts verkiest, maar ook van de situatie die zich voordoet. In het algemeen zijn de artsen en kinesitherapeuten het erover eens dat een telefoontje de voorkeur krijgt indien het gaat over dringend te bespreken zaken of

problemen. Dit contact verloopt sneller en persoonlijker. Er is interactie mogelijk. Nadeel is dat de arts op dat ogenblik bereikbaar moet zijn. De kinesitherapeuten ondervinden hier ook een drempel: ze hebben schrik om de arts te storen. In een groepspraktijk, waar sommige patiënten bij meerdere artsen komen, is het nuttig om deze telefonisch besproken problemen in een nota in het dossier neer te typen voor de collega's.
Een niet dringende, afwijkende evolutie van een behandeling kan schriftelijk worden gecommuniceerd. Een snelle communicatie wordt hier minder noodzakelijk geacht. Voordelen hiervan zijn dat dit kan geschreven en gelezen worden wanneer er tijd voor is. De papieren overlast en het extra scanwerk zijn de voornaamste nadelen. Mailen is een mogelijk alternatief, aangezien dit sneller ter plaatse is. Nadelen hiervan zijn dat niet elke arts zijn mails regelmatig leest en dat dit evenmin rechtstreeks in het dossier verschijnt.

> *Ik denk dat als er echt iets belangrijk is, wij de telefoon nemen en bellen naar de arts. (kinesitherapeut 3, groep 1)*
>
> *Maar ze moeten wel niet zomaar zitten bellen. Als het goed is, is het goed hé. (arts 4, groep 1)*
>
> *Ja ik vind… het is persoonlijker. Ge hebt direct contact en er is interactie… Terwijl op een briefje.. Allee ja, ge kunt inspelen op de vragen en antwoorden. (arts 3, groep 2)*
>
> *Is het gewoon om een evolutie van een patiënt te communiceren, dat moet dan misschien schriftelijk, per post of per mail gebeuren. Dat mag zeer kort zijn… Hoeft niet systematisch, maar inderdaad, bij het einde van de behandeling en vraag naar verlenging kan dit wel interessant zijn. (arts 2, groep 2)*

Bij het zoeken naar oplossingen voor deze drempels om de onderlinge communicatie te verbeteren, is iedereen het erover eens dat goede afspraken zich opdringen.

Het frequentst geopperde idee is om elkaar beter te leren kennen. Wanneer er een persoonlijke band is, ligt de drempel om te communiceren lager. Elkaar niet kennen lijkt een struikelblok voor een vlotte communicatie. Om deze drempel op te heffen, wordt er voorgesteld professionele bijeenkomsten te organiseren. Dit heeft de voorkeur boven vrijetijdsbijeenkomsten, aangezien zowel kinesitherapeuten als huisartsen zich graag gelijktijdig bijscholen over een onderwerp van gezamenlijke interesse en hier accreditering voor bekomen.

Ze zijn het erover eens dat indien dit reeds één keer per jaar kan georganiseerd worden, dit al een hele stap vooruit zou zijn. Beide partijen zullen een beter inzicht hebben in de inhoud van elkaars beroep.

Wanneer artsen en kinesitherapeuten elkaar persoonlijk kennen, gaan ze ervan uit dat barrières, zoals het aanvoelen van een zekere 'hiërarchie' in de samenwerking zullen verminderen en de schrik die de kinesitherapeut heeft om de arts te storen, zal afnemen. Zo kan er ook in de stad, waar persoonlijk contact door een overaanbod moeilijker is, nauwer onderling contact ontstaan.

Daarnaast kunnen er (bij inter-individuele verschillen) makkelijker afspraken worden gemaakt tussen de arts en de kinesitherapeut over het gewenste communicatiemiddel en over het tijdstip waarop er best gecommuniceerd wordt. Er wordt ook geopperd dat een nieuwe kinesitherapeut die zich in de regio vestigt, zich eerst voorstelt aan de lokale huisartspraktijken. Zo gaat de communicatie meteen goed van start en is de arts op de hoogte van eventuele subspecialisaties van deze kinesitherapeut.

> *Maar ja, feitelijk moet je de huisarts kennen. En wij de kinesist. Dan ken je elkaars voorkeuren en weten we: oké, die gaat liever een mail beantwoorden, die andere verkiest telefoon, … en die andere is toch nooit beschikbaar … lacht. (arts 2, groep 2)*

> *Feitelijk ideaal, volgens mij, is dat de kinesist die zich komt vestigen in een gemeente, persoonlijk contact opneemt met de huisartsen. Voor een keer kennis te maken en ja… (arts 2, groep 3)*

> *Wel het is zoals u zei, ge moet uw dokters een beetje kennen. Er zullen er zijn dat graag een verslag hebben en er zullen er zijn die dat niet graag hebben. Ik denk dat eigenlijk alles begint bij dat eerste contact. (kinesitherapeut 3, groep 2)*

> *Die gezamenlijke professionele contacten zijn ook nuttig om de inhoud van jullie beroep beter te leren kennen. Om beter te weten waaruit de therapie bij de kinesist bestaat. Dat lijkt me daar een ideale gelegenheid voor. (arts 1, groep 1)*

5. Discussie

5.1 Bespreking resultaten

Met een antwoord van minder dan de helft kinesitherapeuten en nog geen vierde van de huisartsen, kunnen we spreken van een lage *response rate*. (Tabel 1) Deze lage response rate kan te maken hebben met een tijdsgebrek of het feit dat vele andere onderzoeksenquêtes naar de e-mailadressen van de lokale kringen worden verstuurd. Percentueel gezien werden dubbel zoveel enquêtes ingevuld door kinesitherapeuten in vergelijking met huisartsen. (Tabel 1) De kinesitherapeuten lijken ook meer betrokken als we kijken naar het aantal vrije opmerkingen die door hen gemaakt worden. (Bijlage 4) Deze ongelijkheid in respons lijkt logisch, aangezien de samenwerkingsgraad van de kinesitherapeuten met de artsen veel hoger ligt dan omgekeerd. Toch kunnen we ons afvragen of de artsen deze interdisciplinaire communicatie als een probleem zien en bereid zijn tot verandering.

In het kwantitatieve deel van het onderzoek, met name de online enquête, hebben we te maken met een aantal vormen van bias.
De *informatiebias* werd zo laag mogelijk gehouden door eenvoudige vragen te stellen die grotendeels terugkomen in de literatuur. Daarnaast werd er voorafgaand een 'pilot study' uitgevoerd. Toch werd uit de opmerkingen van de kinesitherapeuten duidelijk dat de antwoordmogelijkheden van vraag 5 onvolledig waren. Hier bleken een aantal bijkomende opties mogelijk. (Bijlage 4)
Een andere mogelijke oorzaak van informatiebias is het geven van 'sociaal wenselijke antwoorden'. Er wordt deelgenomen aan een onderzoek ter verbetering van de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Men zou zich kunnen afvragen waarom dit onderzoek verricht wordt indien de communicatie reeds vlot verloopt. Dit kan de resultaten negatiever kleuren.

Een *selectiebias* kan in dit onderzoek ontstaan door het medium waarmee de enquêtes zijn verstuurd. In totaal 21 enquêtes werden schriftelijk ingevuld door huisartsen van de Harnokring, aanwezig op een bijscholing in september 2015. Alle overige enquêtes werden via e-mail verstuurd naar verschillende kringen. Het ontvangen van zo'n e-mail is afhankelijk van het bezitten van een elektronisch postvak en het lezen hiervan. Ook moesten de deelnemers aangesloten zijn bij één van de kringen waarnaar de e-mails werden verstuurd. Het deelnemen aan het onderzoek is ook afhankelijk van de kennis van de Nederlandse taal. Vragenlijsten werden uitsluitend opgesteld in de Nederlandse taal en de bijeenkomst werd volledig in het Nederlands gehouden. Kandidaat deelnemers voor de meeting werden op dezelfde manier gecontacteerd. Snelheid van antwoorden was hier een selectiecriterium wegens het grote aantal reacties en het beperkte aantal plaatsen.

De huisarts schat zijn kennis in het kinesitherapeutisch beroep in als voldoende. Nochtans wordt dit zo niet aangevoeld bij de kinesitherapeuten en kunnen we ons de bedenking maken waarop dit subjectief gevoel van kennis gebaseerd is. Heeft de huisarts effectief voldoende expertise om een concrete behandeling voor te stellen aan de kinesitherapeut? Of handelt hij op basis van zijn ervaring en patiënttevredenheid? Indicaties voor behandelingen en behandelingsvoorstellen gesteld door de huisarts zouden best 'evidence based' bepaald zijn. De huisarts wordt hier echter niet voor opgeleid. Wanneer kinesitherapie een 'evidence based' meerwaarde betekent in het beleid, wordt deze voorgesteld als een behandelingsoptie in de Duodecim richtlijnen. Deze richtlijnen zijn specifiek opgesteld voor de huisarts, en zijn in opmars.

De grootste verandering die er in de nabije toekomst aankomt en waar zowel kinesitherapeuten als artsen gretig gebruik van gaan maken, is de elektronische communicatie. Gegevensdeling via Metahub of Vitalink zal ervoor zorgen dat kinesitherapeuten bijvoorbeeld toegang hebben tot de medische beeldvorming en operatieverslagen uit het dossier van de patiënt. De arts kan op gelijkaardige wijze het verslag van de kinesitherapeut ophalen en importeren in het dossier. Heden is het via de eHealthbox reeds mogelijk om verslagen te verzenden tussen de zorgverleners. De eindsoftware is echter van belang. Niet elke software biedt reeds de mogelijkheid om een verslag, in het dossier van de patiënt aangemaakt, rechtstreeks te verzenden via de eHealthbox. Ook om het ontvangen verslag vanuit de eHealthbox te importeren in het medisch dossier van de patiënt, zijn er bij de meeste softwarepakketten nog veel problemen gekend. Daarenboven zijn de meeste zorgverleners hier nog niet van op de hoogte.
Ook alle kinesitherapievoorschriften zullen elektronisch verstuurd kunnen worden. Zo is het gemakkelijk voor de huisarts na te gaan hoeveel beurten een patiënt reeds gekregen heeft voor een specifieke indicatie.[15,16]

5.2 Vergelijking met de bestaande literatuur

De grote meerderheid van de huisartsen en kinesitherapeuten vindt dat er *onvoldoende gecommuniceerd* wordt. Dit komt overeen met de gegevens uit ons literatuuronderzoek.[6]
De meeste huisartsen schrijven hun voorschrift aan de hand van een bestaand sjabloon. Zij zijn zelf, samen met de kinesitherapeuten, vragende partij om een meer relevant voorbeeldsjabloon te gebruiken. Volgens de kinesitherapeuten schrijven de huisartsen het voorschrift nog te vaak met de hand. Net zoals in de literatuur werd gevonden, vinden zij veel *voorschriften onleesbaar en onvolledig*.[12]
Vele artsen hebben het gevoel amper of nooit contact te hebben met de kinesitherapeut. Zij geven aan, in tegenstelling tot wat veel kinesitherapeuten denken, een *verslag in bepaalde gevallen zeer*

relevant te vinden. De inhoud van dit verslag is uitvoerig besproken. Kort en krachtig zijn de kernwoorden die het gewenste verslag omschrijven.

Het gebruik van de standaardsjablonen geniet de voorkeur van de meerderheid van de huisartsen en kinesitherapeuten. Bij voorkeur met de computer ingevuld om de leesbaarheid te bevorderen.

Een **standaardsjabloon** werd daarom opgesteld voor het kinesitherapievoorschrift en –verslag. (Afbeelding 1, afbeelding2) Hierbij werd rekening gehouden met het belang dat door de deelnemers werd gegeven aan ieder onderwerp in het voorschrift of het verslag. Deze sjablonen zullen aan de voorzitters van de lokale huisartsen- en kinesitherapeutenkring worden voorgelegd en via deze weg naar alle huisartsen en kinesitherapeuten in de regio verspreid om te implementeren in het EMD.

Vergelijkbaar met de literatuur zijn volgende momenten van feedback door de kinesitherapeut overeengekomen: er wordt geen verslag gestuurd, tenzij bij afwijkend beloop van herstel. In deze gevallen gebeurt dit schriftelijk.[1] Bij voorkeur elektronisch, via de eHealthbox. Bij dringende gevallen dient er telefonisch contact te worden genomen. De huidige manier van communiceren is uiteenlopend. Sommige kinesitherapeuten sturen geen verslag, anderen na elke afloop van behandeling, enzovoort. Meestal gebeurt dit schriftelijk of telefonisch, afhankelijk van de situatie of de vermoedelijke voorkeur van de arts. Dit werd niet eerder beschreven in de literatuur.

De wens om een verslag te ontvangen, werd tijdens de bijeenkomst zeer duidelijk geuit door de aanwezige huisartsen. Dit ter verbazing van een aantal kinesitherapeuten. Kinesitherapeuten ervaren dit als een hele opdracht.
Een aantal barrières voor het maken van verslagen werden reeds benoemd in de literatuur: tijdsgebrek, geen vergoeding, te hoge kostprijs van beveiligde elektronische brievenbussen en/of geen compatibiliteit met hun eigen elektronisch kinesitherapeutisch dossier.[6] Ook in dit onderzoek vonden we als grootste drempel voor het schrijven van verslagen, dat kinesitherapeuten dit als *tijdrovend* ervaren en dat er *geen vergoeding* tegenover staat. We stellen ons dan ook de vraag of het realistisch is te verwachten dat met een honorering van €23,- per therapie die wettelijk 30 minuten moet bedragen, de kinesitherapeut een verslag van het verloop kan maken?[12] Indien de arts een verslag wenst is het realistischer dat er een voorschrift ‘consultatief onderzoek’ wordt opgesteld waardoor de kinesitherapeut ook correct vergoed wordt voor deze extra administratie.
Deze verslagen dienen immers na de consultatie-uren geschreven te worden, aangezien hier tijdens de consultatie amper tijd voor is. Een aantal bruikbare tips werden aangehaald. De bevindingen van de kinesitherapeut kunnen reeds worden neergeschreven in het dossier bij het aan- en uitkleden van de patiënt. Wanneer er naar de specialist een verslag wordt verstuurd, bijvoorbeeld postoperatief,

kan er een kopie worden verstuurd naar de huisarts. Dit kost geen extra moeite, maar maakt wel een groot verschil in de opvolging van de patiënt door de huisarts.

Maar hinderpalen voor de communicatie die verder reikt dan het voorschrift en het verslag, werden nog niet beschreven. Voor elk van deze hinderpalen proberen we een oplossing aan te reiken.

5.3 Implicaties voor praktijk en beleid: een praktijkverbeterend plan

Deze oplossingen werden samengebracht in een concreet plan. Dit is opgesteld op basis van de voorstellen die artsen en kinesitherapeuten geleverd hebben in de meeting. Deze voorstellen werden geïnterpreteerd en er werd met een realistische bril naar gekeken.
Praktijkverbeterende, te implementeren voorstellen zijn:

- Gebruik van eenzelfde standaardsjabloon voor het kinesitherapievoorschrift, geïmplementeerd in het EMD en ingevuld met de medische software. Dit door huisartsen van de Harnokring. (Afbeelding 1)
- Gebruik van eenzelfde standaardsjabloon voor het kinesitherapieverslag door de kinesitherapeuten van de kinékring KNB. Dit dient verwerkt te worden in het medisch dossier van de patiënt en ingevuld met de medische software. (Afbeelding 2)

- Een bijeenkomst van artsen en kinesitherapeuten zal jaarlijks georganiseerd worden door de huisartsenkring Harno en de kinékring KNB samen. De eerste editie zal plaatsvinden op donderdag 16/06/2016, te Vilvoorde. Uitnodigingen werden verstuurd naar de leden door de verantwoordelijke van elke kring. Accreditering is aangevraagd. Thema: *frozen shoulder*. Spreker: Dr Wauters, orthopedist.

- Sleutelmomenten voor de communicatie in het zorgproces: de afspraak is dat er bij een normaal verloop van de behandeling geen verslag wordt verstuurd. Wanneer worden er wel verslagen verwacht:
  Bij afwijkend beloop van herstel: **schriftelijk**
  Bij dringende gevallen: **telefonisch**
  Het is wenselijk dat de arts in het voorschrift ook aangeeft of hij dit verslag verwacht of niet.

Afbeelding 1: Sjabloon kinesitherapievoorschrift

Naam en voornaam van de patiënt:
Datum:
Diagnose: (+ lokalisatie, indien niet vervat in de diagnose)
Maximaal aantal zittingen:
Identificatie + handtekening van de voorschrijver:
Indien van toepassing: Aard van de behandeling: Relevante voorgeschiedenis: Relevante medicatie: Datum van de chirurgische ingreep: Aanvangsdatum: (indien deze verschilt van de datum van het voorschrift) Tweede zitting per dag wordt noodzakelijk geacht Ja / Nee Verhoogde tegemoetkoming E - / F – statuut / Nee Ik wens een verslag te ontvangen Ja / Nee

Afbeelding 2: Sjabloon kinesitherapieverslag

Naam en voornaam van de patiënt:	
Datum:	
Medische diagnose:	
Therapie	Tijdens de zittingen: Inhoud van de thuisoefeningen:
Evolutie:	
Eindbilan	Doel bereikt op vlak van vooraf bestaande beperkingen? Doel bereikt op vlak van vooraf bestaande participatieproblemen? Vorderingen in functies en anatomische eigenschappen: Eventueel beïnvloedende externe factoren Eventueel beïnvloedende persoonlijke factoren
Besluit	Resultaat (vergelijk met hulpvraag, activiteiten, participatie) Reden afsluiting van de behandeling Voorstellen voor verlenging van de behandeling Gemaakte afspraken met de patiënt (thuisoefeningen,…) Eventuele opmerkingen:
Identificatie + handtekening kinesitherapeut	

- Starten van een ‘werkgroep jonge huisartsen’ en ‘werkgroep jonge kinesitherapeuten’ in de regio. Jonge huisartsen en kinesitherapeuten worden gecontacteerd en warm gemaakt om te zetelen in deze werkgroepen. Doel is hier volgende punten te bespreken:
  Hier krijgen zij informatie over de kring en wordt naar hun mening gevraagd: hoe zien zij de huisartsgeneeskunde of de kinesitherapie in de toekomst, wat vinden zij belangrijk en hoe kan de kring hierin bijdragen. In september 2016 worden alle HAIO’s en jonge huisartsen (leeftijdsgrens 40 jaar) uitgenodigd door de Harno om de werking van de kring uit te leggen en hen uit te nodigen voor deze werkgroep.
  Praktijkopleiders en stagecoördinatoren kunnen jonge artsen en kinesitherapeuten hiervoor motiveren.

- Een aantal zaken waar we geen vat op hebben, maar kunnen verwachten naar de toekomst toe, zijn ondermeer het werken in multidisciplinaire praktijken. Zo kennen de zorgverleners elkaar en wordt er makkelijker overlegd. Ook de ingebruikname van elektronische voorschriften via ‘Recip-e’ en het delen van gegevens via Metahub of Vitalink wordt in de nabije toekomst verwacht. Dit zou de onderlinge communicatie een stevig duwtje in de rug kunnen geven.

5.4 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Over communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen is nog zeer weinig onderzocht. Daarom betekent elk onderzoek een grote meerwaarde in het begrijpen en verbeteren van de onderlinge communicatie. Unieke waarden van dit onderzoek zijn de beschrijving van de huidige communicatiemedia, het uitzoeken van de barrières in de communicatie die verder reiken dan het voorschrift en het verslag en het bijeenbrengen van artsen en kinesitherapeuten om een opbouwende discussie over dit onderwerp te voeren.
Een uitgebreid literatuuronderzoek ging het onderzoek vooraf. Dit onderzoek is hoofdzakelijk kwalitatief, doch werd voorafgegaan door een kwantitatief onderzoek onder de vorm van een enquête.
Voor het versturen van de vragenlijsten, had er een ‘pilot study’ plaats. De vragenlijsten werden op voorhand nagelezen door zowel huisartsen als kinesitherapeuten om onduidelijkheden of onvolledigheden eruit te filteren en de informatiebias in de enquête zo laag mogelijk te houden.

Als ik terugblik op mijn masterproef, kan ik stellen dat ik een nog onervaren onderzoeker en moderator ben. Dit is te merken in de zwakke punten van dit onderzoek. Mijn meeting was bedoeld als focusgroep, maar ik zag over het hoofd dat ik 6 moderatoren nodig had indien ik de groep wilde

opsplitsen in 3 delen (twee per groep, om de begeleiding optimaal te laten verlopen).[8] Als moderator voelde ik ook een sterke betrokkenheid tijdens de bijeenkomst. Daarnaast is het onvoldoende gebleken om maar één meeting te organiseren. Ook al was de groep onderverdeeld in drie subgroepen, er werd geen datasaturatie bereikt. De enquête, die bedoeld was ter voorbereiding van de bijeenkomst, kende een lage graad van deelname. Wegens tijdsgebrek is de 'PDCA'-cyclus gestart, maar niet afgewerkt.

Met de opgedane kennis tijdens mijn project, kan ik besluiten dat het van groot belang is om meer wetenschappelijk ondersteund onderzoek rond samenwerking tussen kinesitherapeuten en artsen in de eerste lijn op touw te zetten.

Bij de vorige paragraaf kwamen reeds een aantal bedenkingen aan bod. Deze kunnen mogelijks aanleiding geven tot verder onderzoek.
Het opgestelde plan dient op de werkvloer uitgetest en gerealiseerd te worden. Indicatoren worden dan bepaald en opgevolgd. Na één jaar dient het geherevalueerd te worden: de afgesproken data worden verzameld. Er wordt nagegaan of de doelstellingen gehaald werden en of het succesvol was of niet. Opnieuw worden barrières bepaald. Op basis van deze resultaten wordt er gekozen of het project wordt verlaten, het project wordt aangepast aan de hand van de benoemde hinderpalen of het project kan worden geïntegreerd in de praktijk.
Grootschaliger onderzoek is nodig om datasaturatie te bekomen. Meerdere focusgroepen in heel België zouden moeten worden verricht om na te gaan of deze gegevens te extrapoleren zijn naar de rest van het land.

6. Conclusie

Er heerst een reële ontevredenheid bij de zorgverleners over de onderlinge communicatie: slechts 17% van de respondenten vindt dat er voldoende gecommuniceerd wordt.

In totaal 94% van de huisartsen verwacht een verslag, dit in tegenstelling tot wat de kinesitherapeuten denken. Dit geldt enkel indien er een afwijkend beloop van herstel bestaat. De inhoud van dit verslag, is bij voorkeur een kort start- en eindbilan, uitgetypt op basis van een standaardsjabloon. (Afbeelding 2) Het is wenselijk dat de arts in het voorschrift ook aangeeft of hij dit verslag verwacht of niet. Bij dringende gevallen geniet telefonisch contact de voorkeur.
De meeste kinesitherapeuten (69%), op hun beurt, wensen aanvullende informatie op het voorschrift, zoals de relevantie voorgeschiedenis van de patiënt en bestaande contra-indicaties voor een bepaalde therapie. Daarnaast verwachten bijna alle kinesitherapeuten (99%) relevante bijlagen te ontvangen van de arts. Welke informatie relevant is, wordt vermoedelijk best door de huisarts bepaald. Het gebruik van standaardsjablonen geniet de voorkeur van de meerderheid van de huisartsen en kinesitherapeuten. Daarom werd een sjabloon voor zowel het kinesitherapievoorschrift als –verslag opgesteld. (Afbeelding 1, Afbeelding 2)

Het gebrek aan persoonlijk contact werd zowel door kinesitherapeuten als artsen als voornaamste barrière beschouwd voor een vlotte communicatie. Andere drempels die werden aangehaald, zijn: het feit dat kinesitherapeuten het gevoel hebben dat ze minderwaardig worden geacht ten opzichte van de arts, de schrik die ze hebben om de arts te storen, het gebrek aan tijd voor het opmaken van verslagen en het feit dat deze niet vergoed worden, het overaanbod aan kinesitherapeuten in de stad en het feit dat jonge zorgverleners vaak moeilijk te bereiken zijn.

Oplossingen voor deze hekelpunten werden samengevat in een concreet plan. Het jaarlijks organiseren van een gezamenlijke, professionele bijeenkomst betekent voor kinesitherapeuten en huisartsen de grootste vooruitgang. Daarnaast zullen de standaardsjablonen geïmplementeerd worden in de huisarts- en kinesitherapiepraktijken van de zorgverleners aangesloten bij de lokale kringen, zijn de sleutelmomenten van verslaggeving in het zorgproces bepaald en zal een werkgroep jonge huisartsen en jonge kinesitherapeuten worden opgericht.

Zowel de kinesitherapeuten als de artsen kijken uit naar het invoeren van de onderlinge communicatie via elektronische weg. Er wordt veel verwacht van deze elektronisch beveiligde dossiers zoals Metahub of Vitalink, waar gegevensdeling mogelijk is, na toestemming van de patiënt.[16] Via de eHealthbox is het reeds mogelijk om verslagen te verzenden tussen de

zorgverleners, doch dit wordt nog niet geïmplementeerd. De zorgverleners zijn hiervan immers niet op de hoogte. Daarenboven is de eindsoftware van belang en hier zijn bij de meeste softwarepakketten nog veel problemen gekend.

7. Referenties

1. NHG/KNGF-richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut; 2012.
2. Communicatie arts – kinesitherapeut. Handleiding voor de moderator. Domus medica [Online]; 2004.
3. Charlier K, Aertgeerts B. De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. Masterproef. ICHO; 2009.
4. Heyrman J, Springael E, Lammens E. Multidisciplinaire samenwerking; 2013.
5. Hogeschool Zuyd (Kenniskring autonomie en participatie). Multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg; 2011.
6. Johanns S, Aertgeerts B. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts. Masterproef; 2014.
7. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interactions between research participants. *Sociol. Heal. Illn.* 1994;16(16):103-121. doi:10.1111/1467-9566.ep11347023.
8. Mortelmans D. *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden | Clc*.; 2009. Available from: http://library.wur.nl/WebQuery/clc/1975641. Accessed February 22, 2015.
9. Sermeus W, Vleugels A, Vanhaecht K. Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen; 2009.
10. Strauss AL, Corbin JM, 1942-. Basics of qualitative research / grounded theory procedures and techniques. *Qual. Sociol.* 1990;13(1):3-21. doi:10.2307/2074814.
11. Vaes P, Kerckhofs E, Beckwee D. Het gezondheidsprofiel. Anamnese en diagnose in de kinesitherapie/fysiotherapie. Standaard Uitgeverij / WPG Uitgevers België, 2011.
12. Wouters K, Goedhuys J. Het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. Masterproef. ICHO; 2013.
13. Verstrekkingen door een kinesitherapeut, tarieven en tegemoetkomingen. {online}; 2016. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten
14. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Standaard Uitgeverij, 2006.
15. Belgium eHealth & electronische communicatie. {online}; 2013. Available from: https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-ehealth-platform/presentaties/algemene-presentaties.
16. Broeckx D. Actieplan e-gezondheid 2013-2018. {online}; 2013. Available from: http://www.rtreh.be/EHEALTH/_images/20130419actieplan_egezondheidnl.pdf

8. Bijlagen

Bijlage 1

Beste collega,

Voor mijn opleiding huisartsgeneeskunde schrijf ik een thesis met als thema: "**communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter?**". De promotor van dit onderzoek is Prof.Dr. Peter Vaes, verbonden aan de vakgroep kiné en manuele therapie van de Vrije Universiteit Brussel.

Doel van het onderzoek:

De communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de eerste lijn verloopt vaak stroef. Aan de hand van deze enquête willen wij nagaan wat in realiteit de noden zijn in deze onderlinge communicatie, alsook de barrières ondervonden in de praktijk om deze communicatie goed te laten verlopen. Later wordt u vrijblijvend uitgenodigd voor een groepsgesprek waar huisartsen en kinesitherapeuten samenkomen om deze noden aan te kaarten en om constructief naar realistische oplossingen te zoeken.

Praktisch:

- Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis te Brussel.
- Er bestaat geen enkele verplichting om aan dit onderzoek deel te nemen
- Deze vragenlijst is volledig anoniem.
- Deelname wordt niet vergoed.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en kunnen eventueel gepubliceerd worden. In beide gevallen zal dit steeds geanonimiseerd gebeuren.
- De enquête en de focusgroep brengen geen risico's met zich mee. Deelnemen aan dit onderzoek kan anderzijds bijdragen tot een verbetering van de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut.

Om het resultaat van dit onderzoek zo representatief mogelijk te laten zijn, is een grote respons van belang. Het is een onderzoek dat ook u aanbelangt. Daarom zou ik u willen vragen of u even de tijd wilt nemen om deze korte vragenlijst (max. 5minuten) in te vullen.

Wanneer u verdere vragen of opmerkingen heeft, kan u me gerust contacteren via:

nathalie@schottey.be

Alvast hartelijk bedankt,

Dr. Nathalie Schottey

Gaat U akkoord deel te nemen aan deze vragenlijst?

- Ja
- Nee

Bijlage 2

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- <25
- 25-35
- 35-45
- 45-55
- 55-65
- >65

3. Wat is uw huidig beroep?

- Huisarts (in opleiding)
- Kinesitherapeut

4. Er wordt voldoende gecommuniceerd tussen huisartsen en kinesitherapeuten

- Helemaal eens
- Eens
- Niet eens/niet oneens
- Oneens
- Helemaal oneens
- Geen mening

5. Schrijft U een behandeling door de kinesitherapeut voor op een standaardsjabloon?

- Ja
- Nee

6. Maakt u uw voorschrift met uw medische software?

- Ja
- Nee

7. Welke inhoud zet u op een kinesitherapievoorschrift?

- Minimale vereisten van een kinesitherapievoorschrift
- Aanvullend relevante voorgeschiedenis van de patiënt of eventuele alarmsymptomen

8. Voegt u een gedetailleerd behandelingsvoorstel toe aan het voorschrift?

- Altijd
- Regelmatig
- Soms
- Nooit (rechtstreeks naar vraag 10)

9. Indien u dit doet, bedoelt u dit:

- Suggererend
- Limiterend

10. Voegt u bijlagen toe (operatieverslag voor postoperatieve kinesitherapie, EMG, beeldvorming)?

- Ja
- Nooit
- Alleen indien deze een contra-indicatie vormen voor een bepaalde manipulatie of behandeling

11. Wanneer verwacht u een terugrapportering aan de hand van een kinesitherapieverslag?

- Na elk kinesitherapievoorschrift
- Enkel indien het probleem zich door de voorgeschreven kinesitherapie niet oplost
- Nooit (meteen overschakelen naar vraag 14)

12. Waaruit dient een goed kinesitherapieverslag volgens u te bestaan?

- Verslaggeving van anamnese, klinisch onderzoek, behandeling en resultaten
- Kort start- en eindbilan. Besluit: moet er verder nog kinesitherapie worden voorgeschreven voor deze pathologie?

13. Via welke media dient er te worden gecommuniceerd?

- Per post
- Schriftelijk verslag, meegegeven met de patiënt
- Telefonisch contact
- Persoonlijk contact
- Via een beveiligde server integreerbaar in het medisch dossier (e-health postbus, hector, medibridge)

14. Hoe schat u uw kennis in van het kinesitherapeutisch beroep?

- Zeer goed
- Goed
- Voldoende
- Onvoldoende
- Slecht
- Zeer slecht

15. Dit kan een struikelblok zijn voor een goede onderlinge communicatie. (indien een van de drie laatste keuzemogelijkheden bij vraag 14)

- Helemaal eens
- Eens
- Niet eens/niet oneens
- Oneens
- Helemaal oneens
- Geen mening

15. Dit bevordert de onderlinge communicatie. (indien een van de drie eerste keuzemogelijkheden bij vraag 14)

- Helemaal eens

- Eens
- Niet eens/niet oneens
- Oneens
- Helemaal oneens
- Geen mening

16. Aanvullende opmerkingen of toelichtingen: (vrije tekst)

Bijlage 3

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- <25
- 25-35
- 35-45
- 45-55
- 55-65
- >65

3. Wat is uw huidig beroep?

- Huisarts (in opleiding)
- Kinesitherapeut

4. Er wordt voldoende gecommuniceerd tussen huisartsen en kinesitherapeuten

- Helemaal eens
- Eens
- Niet eens/niet oneens
- Oneens
- Helemaal oneens
- Geen mening

5. Wanneer schrijft U een verslag van een behandeling, voorgeschreven door de huisarts?

- Na elk kinesitherapievoorschrift
- Enkel indien het probleem zich door de voorgeschreven kinesitherapie niet oplost
- Nooit (meteen overschakelen naar vraag 10)

6. Waaruit bestaat uw verslag naar de huisarts?

- Verslaggeving van anamnese, klinisch onderzoek, behandeling en resultaten
- Kort start- en eindbilan. Besluit: moet er verder nog kinesitherapie worden voorgeschreven voor deze pathologie?

7. Schrijft u uw verslagen via een standaardsjabloon?

- Ja

- Nee

8. Schrijft u uw verslagen via uw medische software?

- Ja
- Nee

9. Via welke media bezorgt u dit aan de huisarts?

- Per post
- Schriftelijk verslag, meegegeven met de patiënt
- Telefonisch contact
- Persoonlijk contact
- Via een beveiligde server integreerbaar in het medisch dossier (e-health postbus, hector, medibridge)

10. Welke inhoud verwacht u dat een goed kinesitherapievoorschrift bevat?

- Minimale vereisten van een kinesitherapievoorschrift
- Aanvullend relevante voorgeschiedenis van de patiënt of eventuele alarmsymptomen

11. Verwacht u van de arts een gedetailleerde behandeling op het voorschrift?

- Ja
- Nee

12. Verwacht u dat de huisartsen bijlagen meegeeft met da patiënt (operatieverslag voor postoperatieve kinesitherapie, EMG, beeldvorming)?

- Ja
- Nooit
- Alleen indien deze een contra-indicatie vormen voor een bepaalde manipulatie of behandeling

13. Aanvullende opmerkingen of toelichtingen: (vrije tekst)

Bijlage 4

Tekstuele antwoorden op het einde van de vragenlijst van de kinesitherapeuten
Vraag: “Aanvullende opmerkingen of toelichtingen.”

Totaal aantal antwoorden: 61

“Vaak zijn de voorschriften met de hand geschreven onleesbaar. Sommige huisartsen zijn helemaal niet bereid om RX of operatieverslag door te geven aan de kinesitherapie.”

“Antwoord op vraag 5: ik maak een verslag bij F en E-pathologie en bij enkele specifieke diagnoses maar niet bij elk kinesitherapievoorschrift.”

“Ik doe enkel consultatie, geen behandelingen. Ik werk meer samen met specialisten dan met huisartsen. Mijn vader en ik zijn kinesitherapeut, mijn tante en zus zijn huisarts, dus tussen ons is er wel een goede communicatie, misschien heb ik dus een vertekend beeld...”

“Wij hebben dé gewoonte om bij vragen onmiddellijk dé huisarts kort telefonisch te contacteren...Dit werkt goed en lijkt ook ok voor dé huisartsen.”

“Afhankelijk van aard pathologie , courant pathologie of zware of F-pathologie , is het verslag schriftelijk , per email of telefonisch .Soms heb ik graag antwoord op enkele vragen !”

“Nuttige onderzoeken voor ons, bv. Rx, MRI-scan. Worden veel te weinig aan de patiënt bezorgd, zeker vanuit klinieken, die schermen met de wet op de privacy.”

“De populatie waar ik mee werk, bestaat voor de helft uit kinderen, meestal doorgezonden door neuropediater, kinderarts...via universitaire ziekenhuizen. Die krijgen steeds een verslag, dat ik vooraf doorneem (en verklaar) met de ouders en de patiënt zelf, en eventueel op hun vraag, aanpas. De andere helft zijn mensen uit mijn buurt, de antwoorden gelden in dit verband. Ook met hen lees ik eerst het verslag door en pas het eventueel aan als zij opmerkingen formuleren.”

“In plaats van te noteren wat we MOETEN 'doen' zonder een pathologie erbij te zetten, zouden we beter een kinesitherapievoorschrift krijgen met een 'duidelijke' diagnose én voorgeschiedenis, zodat we dat allemaal niet zelf moeten gaan uitzoeken en nagaan ! Wij hebben ook onze nodige jaren gestudeerd, maar worden niet navenant gewaardeerd ! Meestal blijven we slechts "masseurs" <zucht> ! We doen véél méér dan dàt ! Gelukkig zijn niet àlle dokters zo...”

“Vaak onvolledige voorschriften vnl. door specialisten.”

“Ik zal eerder telefonisch contact opnemen met de behandelende arts indien er zich een probleem stelt of een specifieke vraag heb. Mijn ervaring is toch dat verslagen vaak niet of amper gelezen worden en verticaal geklasseerd worden.”

“Liever digitale voorschriften . Handgeschreven is dikwijls moeilijk leesbaar . De artsen zijn niet genoeg op de hoogte van de condities van de C, F en E pathologieën . Dit resulteert regelmatig in verkeerde voorschriften (foutief aantal beurten ...).”

“Er zou best overgestapt worden op getypte (= leesbare) voorschriften.”

“Naar diagnose toe mag het voorschrift wel veel, veel vollediger zijn.”

“Vraag 5 : verslag wordt enkel geschreven naar bepaalde artsen waarvan we weten dat zij hierin geïnteresseerd zijn, ongeacht het resultaat van de behandeling.”

“Huisartsen kennen te weinig van de mogelijkheden van de kinesitherapie. Wat baat het dat wij, als kinesisten, regelmatig bijscholen voor allerlei therapieën, als de huisarts niet op de hoogte is van het bestaan van zulke therapieën. Vijf jaar universitaire studies volgen om kinesist te worden en de huisarts weet nog niet eens wat onze mogelijkheden zijn. Maar hij is wel diegene die het kinesitherapievoorschrift moet schrijven en aldus onze werkgever is. De dupe blijft met deze situatie de patiënt die niet geholpen wordt voor zijn aandoening. Ook zou de huisarts meer kennis moeten hebben van enkele specifieke kinesitherapiereglementen teneinde een correct voorschrift te kunnen schrijven. Hiertegen worden ongelooflijk veel fouten gemaakt door onwetendheid. Ik denk bijvoorbeeld aan het verschil tussen de verschillende pathologische situaties: Courante, Fa, Fb, E en perinatale.”

“Niet alles is zwart wit sommige antwoorden benaderen meer het zwart dan het wit, dan werd er een keuze gemaakt die het dichts bij het juiste antwoord past.”

“Vraag 5: afhankelijk van de soort pathologie: omstandig jaarlijks evolutieverslag in Fb en E pathologie en eenmalig verslag in Fa pathologie: dit doe ik bij elk voorschrift in deze categorieën / in C pathologie enkel een verslag als er een probleem blijft.”

“Voorschriften zijn dikwijls fout opgesteld. Info i.v.m. voorgeschiedenis, medische beeldvorming is er regelmatig niet en soms zelfs moeilijk te bekomen ook al vraag ik ernaar...”

“Indien nodig of op aanvraag zal ik wel contact nemen met huisarts.”

“Het consultatief onderzoek is een nomenclatuur dat communicatie tussen beiden kan verbeteren maar niet of zeer weinig wordt gebruikt. Jongere artsen gaan makkelijker communiceren met ons.”

“Vele artsen, vooral specialisten, aanvaarden zelden een verslag en sommigen lezen ze zelfs niet. Een uitgebreid verslag al zeker niet (Is enkel aanbevolen indien gericht naar een medische adviseur, waardoor de kans op toelating fel verhoogt). Korte info maakt meer kans om gelezen te worden. In geval van een probleem is het, als kinesitherapeut, aangewezen om telefonisch of persoonlijk contact op te nemen met de arts.”

“Tussentijdse rapportage bij langdurige behandeling (chronische en/of complexe) pathologie door de kinesitherapeut. Gegevensdeling is een tweebaansweg.”

“Ik werk uitsluitend als loontrekkende kiné in een WZC en behandel uitsluitend RVT-bewoners. Zelden schrijven de huisartsen een voorschrift voor de behandeling van een bewoner. Veel te weinig of geen relevante info wordt doorgegeven aan de kiné. Vaak alleen na terugkomst uit het ziekenhuis wordt een kinesitherapievoorschrift meegeleverd.”

“Na 45 jaar dienst ben ik nog altijd gefrustreerd door de te weinig informatie nadat een patiënt (via de huisdokter) werd doorgestuurd naar specialisatie. We worden bijna nooit s op de hoogte gebracht van deze specialistische onderzoeken. Bij telefonisch contact met de huisdokter kan dit soms opgelost worden, maar heel vele huisdokters en zelfs specialisten hebben geen aandacht voor informatieve doorspeling naar de kiné. Jammer , maar de kinesitherapeut kan zeker een schakel zijn die past in het geheel van de geneeskunde.”

“Verslagen zo kort mogelijk. Huisarts heeft administratie genoeg.”

“Opletten met ‘overcommunicatie’. Administratieve druk is al zeer hoog.”

“E-health werkt niet altijd naar behoren, vandaar dat het verslag via de post aan de huisarts bezorgd wordt.”

“Heel sterk afhankelijk van arts welke manier van communicatie gevolgd wordt. Heb mijn kinesitherapieopleiding in NL gedaan en daar werd al lang geleden een module communicatie en een module verslaglegging verplicht gesteld voor fysiotherapeuten. Digitale (beveiligde) communicatie zou veel vergemakkelijken maar is naar de patiënt toe vaak minder/niet transparant (ik geef nu het verslag voor de arts pas door nadat het met de patiënt doorgenomen werd).”

“Als het verslag te lang is, wordt het niet gelezen.”

“Ik ben kinesitherapeut bij kinderen en krijg via de huisarts enkel kinderen met ademhalingsproblemen.”

“Indien er duidelijke problemen zijn is een telefonisch contact het snelst en beste, kan er beter afgesproken worden wat de nodige volgende stappen zijn.”

“Vraag 5: wanneer schrijft u een verslag: antwoordopties zijn te miniem en absoluut niet relevant (bv ook mogelijk: "wanneer de patiënt terug op consult gaat bij de arts"; of vooral: "informatie voor de patiënt zelf en de arts"; vraag 9: waarom is slechts 1 antwoord mogelijk? vraag 12: het is aan de patiënt of die persoonlijke medische verslagen doorgeeft aan andere zorgverleners; dit wordt besproken in eerste instantie met de patiënt; via hem/haar bekom ik verslagen . De vraagstelling is

zeer tendentieus: bv: 'verwacht u': het gaat niet om verwachtingen omtrent artsen of zorgverleners; Beter (i.v.m. het voorschrift): "wat is aangewezen informatie op het voorschrift?" Of nog beter: "moet het voorschrift meer zijn dan een administratieve noodzaak?". Communicatie arts-kiné is juist datgene naast het voorschrift en verslag waarover in deze vragenlijst helaas niks te bespeuren valt."

"Er is tot op vandaag geen echte reflex om relevante medische gegevens aan de kiné door te spelen. Daardoor loopt de communicatie stroef. Eén en ander verschilt van arts tot arts. Het weze gezegd dat de kiné ook niet altijd vrij uitgaat."

"Vraag 5 geeft mij geen "gewenste" meerkeuze. Je maakt vooral een verslag als het betekenisvol en aanvullend kan zijn: ik weeg af of mijn info meer ballast is voor de arts (formeel gedoe hebben we allen genoeg) of reële deelname aan de hulpverlening."

"Dank u! Een goede communicatie arts/kine is m.i. enorm belangrijk voor de slaagkansen van de therapie (ook de patiënt communiceert trouwens een stukje mee) en de motivatie van de kine (zeker bij minder voor de hand liggende indicaties).Jonge artsen zijn hier duidelijk reeds goed in opgeleid. Kiné's moeten hun bescheiden plaats kaderen en waarmaken! Veel succes!"

"Bij vragen of onvoldoende resultaat van een behandeling , neem ik eerder de telefoon dan een schriftelijk verslag te schrijven. Zo is er onmiddellijk respons en dat verbetert de communicatie arts-kinesitherapeut."

"Graag beeldmateriaal meegeven of een links. Handig om vooraf te zien om een correcte behandeling te geven."

"Vraag 5 te beperkte antwoordmogelijkheden : bvb niet na elk voorschrift, maar wel op einde behandeling. Of bij problemen tijdens behandeling. Of op uitdrukkelijk verzoek van de arts. Of bij Fb-pathologie. "gangrevalidatie" 1X/jaar. Of bij E-pathologie 1à2X/jaar zowel naar huisarts als naar specialist ."

"Ik wil wel via mail communiceren maar meestal hebben wij de gegevens van de arts niet. Een deftig communicatieplatform zou welkom zijn."

"Als er zich vragen/problemen voordoen heb ik de gewoonte om de arts te telefoneren. Het contact met de jonge/nieuwe artsen moeten opgebouwd worden, met oudere artsen is het contact goed omdat we elkaar langer kennen en meer contacten hebben. Bij specialisten blijft bereikbaarheid een probleem (zowel telefonisch als per brief). Zelf heb ik de indruk dat zij vooral niet goed begrijpen dat kinesisten ook zeer vakbekwaam zijn in hun eigen domein."

"Teveel verslagen meegeven maken dat de arts er onvoldoende aandacht aan schenkt. Ik duid de belangrijkste elementen aan door ze vetgedrukt te schrijven. Graag gedaan!"

"Vraag 9: soms ook via telefonisch contact - eerder bij dringende zaken (bv. patiënte die gevallen is en waarbij ik fractuur vermoed --> doorverwijzing voor spoed/medische beeldvorming)."

"Ik verwacht dat de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut in de toekomst niet gebaseerd is op het voorschrift. Persoonlijke (telefonische, mail, ...) communicatie of communicatie per brief moet gaan over de juiste omkadering van de patiënt. Het instellen van een behandeling kan de competentie van de kinesitherapeut zijn binnen zijn domein. De toegang tot een elektronisch patiëntendossier voor alle hulpverleners ronde de patiënt is essentieel voor een goede en kwaliteitsvolle behandeling. In een dergelijke situatie zal de communicatie ook veel gerichter en 'to the point' kunnen gebeuren."

"Werkzaam in een wijkgezondheidscentrum. evidente communicatie met huisarts door gedeeld medisch dossier en structureel interdisciplinair overleg."

“Huisartsen weten niet altijd wat een kinesitherapeut doet. De voorschriften bevatten vaak irrelevante behandelingsvoorstellen zoals massage of tapotage, deze behandelingen zijn sinds jaren achterhaald.”

“Vooral belangrijk om relevante informatie met elkaar te delen. Hoe wij als kinesitherapeut iets moeten behandelen, vind ik overbodig. De suggesties die op het voorschrift staan zijn vaak achterhaald, vb. fango. Zou ook veel praktischer zijn als dat met een kort berichtje/mail kon via bijvoorbeeld de medische software.”

“Meestal telefonisch contact van kiné naar huisarts indien na 5 zittingen geen of onvoldoende resultaat.”

“Verslagen naar specialisten worden amper gelezen, verslagen naar huisartsen enkel op vraag gemaakt, verder mondeling verslag bij problematische of multidisciplinaire aanpak (maandelijks teambijeenkomst TGZ).”

“Met sommige huisartsen verlopen de contacten perfect, met andere stroef.”

“42 jaar praktijk, nooit iemand doorverwezen gekregen voor advies. Dokters voelen zich te slim om iemand voor advies door te sturen naar een ‘ondergeschikte’.”

“Vaak worden behandeladviezen en frequentie van de behandeling per week op het voorschrift ingevuld. Dit is eerder een belemmering dan een hulp. Een arts is niet in staat de behandeling van een kinesist beter in te vullen dan de kinesist zelf. We zijn immers allen experts in ons eigen vakgebied. Behandeladviezen van artsen zijn ook vaak onvoldoende doordacht en verouderd. Voorbeelden zijn dat er vaak TENS en fango wordt voorgeschreven. Ook worden vaak voorschriften meegegeven zonder de aanvullende testen voor het bekomen van een bepaald statuut. Een voorbeeld is de Fb statuut voor valpreventie. Een arts zal zelden een tinetti test afleggen. Tot slot zijn huisartsen het erg gewend om informatie te ontvangen en niet om deze mee te geven. Dit zorgt voor een gewoonte die de patiënt vaak als onprofessioneel ervaart omdat de kinesist dan 3 weken voor aanvullende verslagen moet wachten en ondertussen wat moet improviseren met de patiënt. Kortom communicatie is vaak zeer slecht. Hiernaast hebben wij vaak het gevoel dat artsen ook onvoldoende weten wat kinesitherapie precies inhoudt, wat er vaak voor zorgt dat de arts niet correct genoeg een indicatie voor kinesitherapie kan inschatten.”

“Op vraag 5 heb ik 'nooit' ingevuld omdat ik het uit frustratie ook nooit meer doe! Aanvankelijk schreef ik bijna systematisch een klein verslagje op voorgedrukte formulieren na een behandelingsreeks maar heb hier nooit, van geen enkele arts een positief antwoord op gekregen en dan geef je het op hé met als resultaat dat ik nu zelfs weiger te reageren op een vraag tot kinesitherapeutisch verslag. Maar ik doe mijn job op zich nog altijd graag hoor; het contact met de patiënten is heel oké, met de artsen veel minder!”

“Zeer belangrijk persoonlijke communicatie,zodat beiden van mekaar "leren" en daarnaast evalueren,jammer genoeg - gezien de administratieve rompslomp - niemand heeft nog tijd met de patiënt(e)als slachtoffer,derhalve stop de administratieve rompslomp,men kan m.i. nog verder gaan:splits de sociale zekerheid maar dan ben je zacht uitgedrukt incorrect. Arm België. vriendelijk!!!!! succes,graag gedaan.”

“Meestal is het voorschrift onvolledig i.v.m. operatienummers (Fa-pathologie); aanvragen aan de medisch adviseur i.v.m. rechthebbende patiënt voor E-pathologie; of Fb-pathologie. Kinesitherapievoorschriften vanwege orthopedisten voor patiënten die thuis worden behandeld, moeten nog steeds de betreffende verklaring (huisbezoek vereist) bevatten !!!!!; wat meestal niet het geval is.”

“Navraag bij de huisartsen leerde me dat zij geen vragende partij zijn. Geen tijd hebben om verslag te lezen, dikwijls zelfs niet om het in het patiëntendossier te voegen. Ze geven aan voldoende vertrouwen te hebben dat er bij problemen telefonisch contact wordt genomen.”

“Waarschijnlijk is er nog een grote onwetendheid wat de mogelijkheden kiné betreft. Hierdoor wordt ook de communicatie een stuk beperkt.”

“Ik neem altijd contact op met de voorschrijvende arts als het genezingsproces niet loopt zoals het zou mogen verwacht worden. als alles vlot en voorspoedig verloopt vind ik verslagen maken en versturen onnuttig en overbodige belasting, zowel voor mezelf als voor de artsen. wat moeten zij ermee?”

“Vele verwijzingen hebben een slordige of onvolledige of foutieve diagnose. M.i. moet het mogelijk zijn daaraan wat te wijzigen.”

“Tijdsgebrek verstoort communicatie Met plezier ! Veel succes nog.”

“Ook graag een postevaluatie van de behandeling,na consultatie arts-patient.”

<u>Tekstuele antwoorden op het einde van de vragenlijst van de huisartsen</u>
Vraag: “Aanvullende opmerkingen of toelichtingen.”

Totaal aantal antwoorden: 6

“Momenteel hangt het nog erg af van kinesist tot kinesist - teveel info schriftelijk van de kiné naar de huisarts is storend o.w.v. administratieve verwerking; eigen initiatief is belangrijk en werken met bepaalde kinesisten die je kent,bevordert de communicatie.”

“Beter standaardformulier zou wenselijk zijn.”

“Huisartsen moeten op de hoogte gebracht worden over nieuwe manieren van kinesitherapeutische behandelingen.”

“Indien medische beeldvorming aangewezen wordt dit beter niet via patiënt gecommuniceerd maar rechtstreeks naar de arts.”

“Ik zou ook graag een verslag van de kinesist ontvangen wanneer ik expliciet gevraagd heb voor een diagnostisch onderzoek (zgn. 10e terugbetaalde sessie).”

“Onderlinge communicatie kan beter.”

Bijlage 5

Standaardsjabloon kinesitherapievoorschrift

VERPLICHT

Naam en voornaam van de patiënt

Naam, voornaam en RIZIV-nummer van de voorschrijver

Datum van het voorschrift (2 maanden geldig)

Handtekening van de voorschrijver (niet elektronisch)

Diagnose (+ lokalisatie, indien niet vervat in diagnose)

Het maximaal aantal zittingen (beperkt en afhankelijk van de pathologie)

Dient deel uit te maken van het kinesitherapeutisch verslag

EVENTUEEL	**Ja**	**Nee**	**Vrije tekst**
Frequentie van de behandeling			
Aard van de behandeling			
Voorgeschiedenis patiënt			
Specifieke belangrijke informatie die belangrijk is voor een kinesitherapeutisch beleid			
Duidelijk doel van behandeling door voorschrijver formuleren			
Patiënt kan de woonst om medische of sociale redenen niet verlaten			
Tweede zitting per dag wordt noodzakelijk geacht			
Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek gewenst			
Het verzoek om een verslag			
Bijlage (relevante beeldvorming, verslag specialist,…)			
Aanvangsdatum indien deze verschilt van de datum van het voorschrift			
Nomenclatuur en datum van de chirurgische ingreep			
E-, Fa-, Fb-statuut			
Andere			

Bijlage 6

Standaardsjabloon kinesitherapieverslag			
		Ja	**Nee**
Administratieve **patiëntgegevens**			
Datum			
Medische diagnose			
Beginbilan: **visie van de patiënt**	Hulpvraag (klachten, bevindingen van de patiënt)		
	ICE (oorzaak, angsten, verwachtingen: behandelbaar- en geneesbaarheid)		
	Inzicht en motivatie patiënt (o.b.v. motivatiecirkel Prochaska en Diclemente)		
Beginbilan: **visie van de kinesitherapeut** (anamnese)	Beperkingen in uitvoeren van activiteiten		
	Beperkingen in participatie van de patiënt		
	Externe factoren die invloed hebben		
	Persoonlijke factoren die invloed hebben		
	Andere relevante gegevens		
Beginbilan: **visie van de kinesitherapeut** (klinisch onderzoek)	Stoornissen in functies en anatomische eigenschappen		
	Referentiewaarden van deze functies		
	Vergelijking links - rechts		
Beginbilan: **kinesitherapeutische diagnose**			
Kinesitherapeutisch **zorgplan** (doelen, strategie, verrichtingen)	M.b.t. de stoornis in anatomische eigenschappen		
	M.b.t. de beperking in activiteit		
	M.b.t. de participatieproblemen		
	M.b.t. externe factoren		
	M.b.t. persoonlijke factoren		
Therapie	Tijdens zittingen		
	Inhoud thuisoefeningen (actief)		
Evolutie			
Eindbilan: **anamnese**	Doel bereikt op vlak van vooraf bestaande beperkingen?		
	Doel bereikt op vlak van vooraf bestaande participatieproblemen?		
Einbilan: **klinisch onderzoek**	Vorderingen in functies en anatomische eigenschappen		
Eindbilan	Eventueel beïnvloedende externe factoren		
	Eventueel beïnvloedende persoonlijke factoren		
Besluit	Resultaat (vergelijk met hulpvraag, activiteiten, participatie)		
	Reden afsluiting van de behandeling		
	Voorstellen voor verlenging van de behandeling		
	Gemaakte afspraken met de patiënt (thuisoefeningen,…)		
	Opmerkingen		
Andere			
Identificatie + handtekening kinesitherapeut			

Bijlage 7

Stellingen, voorgelegd tijdens de bijeenkomst

Vraag 1: "Evalueer de 2 kinesitherapievoorschriften en tracht tot een consensus te komen betreffende de meest aangewezen inhoud en opmaak van het kinesitherapievoorschrift. "

Vraag 2: "Evalueer de 2 voorgestelde kinesitherapieverslagen en tracht tot een consensus te komen betreffende het meest aangewezen kinesitherapieverslag."

Vraag 3: "Welke elementen vind jij belangrijk om te komen tot een *goede communicatie* tussen arts en kinesitherapeut?"

Tip: denk niet alleen aan voorschrift / verslag, ook aan **huidige samenwerking:**

- Hoe verloopt het *contact*
- Waarom loopt het goed / minder goed
- Welke *attitudes* bestaan t.o.v. elkaar?

Vraag 4: "Hoe concretiseer je de in *vraag 3* aangebrachte elementen, of welke wijziging / verbetering acht je nuttig voor een aangehaald probleem?"

Bijlage 8

Inleiding

De communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten verloopt vaak stroef. In Nederland is om die reden in 2011 een richtlijn opgesteld voor gestructureerde informatiedeling tussen huisarts en fysiotherapeut. Deze versie werd aangepast in 2012. Tot op heden ontbreekt in België hierover elke richtlijn.
Een aantal vragen die we ons omtrent deze interdisciplinaire communicatie stellen:
"Wat zijn de noden in informatie uitwisseling tussen huisarts en kinesitherapeut?", "Op welke manier is deze uitwisseling van informatie gewenst en op welke momenten gebeurt dit bij voorkeur?", "Welke elementen worden als struikelblok ervaren voor een goede interdisciplinaire communicatie?" en "Welke stappen kunnen worden ondernomen om deze afzonderlijk aan te pakken?"

Methode

Om een antwoord te formuleren op deze vragen, gaan we te werk via een **kwalitatieve onderzoeksmethode**.

Eerst wordt de literatuur uitgekamd, waarna een enquête wordt opgesteld en gestuurd naar zowel huisartsen als kinesitherapeuten. Op basis van de informatie die we hieruit halen, worden een aantal stellingen opgesteld en uitgediept tijdens een 'focusgroep'.

Met het *literatuuronderzoek* willen we onze kennis wat aanscherpen en goed begrijpen wat de resterende noden zijn in deze interdisciplinaire communicatie die nog onderzocht moeten worden en waar nog verbetering mogelijk is. Dit gebeurt volgens de 'watervalmethode'. Eerst worden quaternaire bronnen geraadpleegd, dan tertiaire en secundaire, waarna wordt overgeschakeld op de 'grijze literatuur', dit zijn publicaties die niet beschikbaar zijn via normaal doorzochte kanalen.

*De **quaternaire bronnen** (richtlijnen) die doorzocht werden waren de NHG-standaarden, richtlijnen van Domus Medica, EBM PracticeNet, en database DynaMed. "communicatie" of "communication" en "interdisciplinair" of "interdisciplinary' werden hier als zoektermen gebruikt.*

Tertiaire bronnen *zoals Minerva en Clinical Evidence zijn kritische artikelbesprekingen door groepen deskundigen. We gebruikten de zoektermen "interdisciplinair" en "communicatie" bij Minerva. De zoektermen "interdisciplinary (+physiotherapist)" en "communication (+physiotherapist)" werden gebruikt bij Clinical Evidence.*

Vervolgens doorzochten we de ***secundaire bronnen****, meer bepaald de systematische reviews en meta-analyses. Hiervoor zochten we in The Cochrane Library en PEDro (The Physiotherapy Evidence Database) met volgende zoektermen: "interdisciplinary communication" en "interprofessional communication".*

De ***primaire bronnen*** *(oorspronkelijke studies) gingen we opzoeken via PubMed en Google Scholar, door gebruik te maken van Mesh-termen. Gezien de uiteenlopende benamingen voor "kinesitherapie" zijn deze zoekopdrachten nogal uitgebreid. De zoektermen die we gebruikten waren: ("Physical Therapists"[Mesh] OR "Physiotherapists"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) , ("Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND (("Family Practice"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh])).*

Voor de zoektocht in de grijze literatuur doorbladerden we het archief van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (NTvF). We traden ook in communicatie met een aantal bevriende kinesitherapeuten en zorgcoördinatoren van wijkgezondheidscentra om ideeën op te doen. Ook doorzochten we de database van de recente masterproeven via het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO).

Artikels worden gekozen op basis van relevantie, taal en beschikbaarheid van het volledige artikel.

Op basis van onze onderzoeksvragen en kennis vergaard in de literatuur stellen we een *enquête* op. Een verschillende vragenlijst wordt voorzien voor enerzijds de kinesitherapeut en anderzijds voor de huisarts. Om te beginnen wordt er in deze vragenlijst het geslacht en de leeftijd van de deelnemer gevraagd, alsook de lokalisatie van de praktijk waar hij of zij werkzaam is. Dan worden ze aan de hand van meerkeuzevragen bevraagd over hun idee over de noden van informatie uitwisseling, tijdstip hiervan en de manier waarop dit bij voorkeur gebeurt en over de ondervonden barrières voor een goede onderlinge communicatie. Als laatste wordt er ruimte gelaten voor eventuele opmerkingen.

De samenstelling van de focusgroepen is afhankelijk van verschillende factoren:

De grootte*: de enquête wordt verstuurd naar de kinesitherapeuten van de kring KNB (Kinekring Noordrand Brussel), met 54 actieve leden en de huisartsenkring Harno (HuisARtsen Noordrand Brussel), met ** actieve leden. (bij weinig respons kan dit nog worden uitgebreid naar de huisartsenkring Halle en omgeving). Andere huisartsen of kinesitherapeuten kunnen, mits kennis van hun contactgegevens, ook worden gecontacteerd voor deelname.*

De criteria *van deelname: werkzaam als kinesitherapeut of huisarts in de de eerste lijn. Zij dienen de Nederlandse taal machtig te zijn, gezien de enquête in deze taal gebeurt. Het gaat over een steekproef op basis van interesse en bereidheid tot deelname. Er wordt niet geselecteerd op leeftijd, geslacht of werkplaats.*

Nadien wordt er een samenkomst van huisartsen en kinesitherapeuten georganiseerd, ook wel een *'focusgroep'* genoemd. De verkregen informatie, uit zowel de literatuur als uit de vragenlijst, wordt verwerkt in een aantal stellingen. Artsen en kinesitherapeuten die deelnamen aan de enquête worden gecontacteerd om op een avond samen te komen om

de gevonden noden aan te kaarten en constructief naar realistische oplossingen te zoeken. Het doel is om minstens 5 artsen (maximum 8) en een min of meer evenwaardig aantal kinesitherapeuten rond de tafel te krijgen. Na analyse van deze bijeenkomst, worden de noden in de informatie uitwisseling opgelijst, alsook de barrières en de voorstellen tot verbetering.

Bijlage 9

Advies van de commissie medische ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. P. VAES
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 27-05-2015

Ons Kenmerk: **2015/133**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen : Hoe kan het beter?
B.U.N. 143201524389

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief de litteratuurlijst, ontvangen op 26 mei 2015, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **27 mei 2015**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL