Het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek in de huisartsenpraktijk.

Lieselot De Bleeckere, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr. Ann Cools, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Vooreerst wil ik een aantal personen bedanken die mij de voorbije 2 jaar geholpen en ondersteund hebben bij de totstandkoming van deze masterproef. Ik wil graag mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Avonts, en mijn co-promotor, Prof. Dr. Ann Cools, bedanken voor hun input, ideeën omtrent uitwerking en tips bij het uitschrijven van mijn onderzoek. Verder wil ook mijn praktijkopleider, Dr. Anne-Marie Van der Linden, bedanken voor haar algemene ondersteuning tijdens mijn HAIO-opleiding de voorbije 2 jaar. Tenslotte wil ik ook graag mijn collega-HAIO, Dr. Lucas Levrau, bedanken voor de vlotte samenwerking in het kader van deze masterproef.

Het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek in de huisartsenpraktijk

Huisarts in opleiding: Lieselot De Bleeckere, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr. Ann Cools, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Anne-Marie Van der Linden

Context: De diagnosestelling van een bepaald musculoskeletaal probleem is niet altijd eenvoudig. Het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO) is een instrument waarbij de huisarts zijn patiënt op voorschrift kan verwijzen naar de kinesitherapeut voor een grondig onderzoek en diagnosestelling.

Onderzoeksvraag: Wat is de huidige plaats van het KCO in de huisartsenpraktijk, en wat zou de plaats ervan in de toekomst kunnen zijn?

Methode: Er werden 2 vragenlijsten met betrekking tot kennis en gebruik van het KCO verstuurd, naar huisartsen en naar kinesitherapeuten uit de regio van de opleidingspraktijk. De resultaten hiervan werden voorgesteld tijdens 2 LOK (Lokale Overlegkring) avonden, enerzijds met huisartsen en anderzijds met kinesitherapeuten uit de regio. De bekomen resultaten werden hier verder bediscussieerd. Tegelijkertijd werd in de eigen praktijk een aantal patiënten naar een kinesitherapeut doorverwezen voor een KCO.

Resultaten: Meer dan de helft van de 42 bevraagde huisartsen wist niet af van het bestaan van het KCO. Van zij die het wel kenden schreven slechts 6 van de 17 huisartsen dit af en toe voor. Voornaamste redenen om het voor te schrijven zijn twijfel omtrent de diagnose en meer ervaring van de kinesitherapeut. Drempels om het voor te schrijven zijn vooral onduidelijkheid omtrent hoe de doorverwijzing en terugverwijzing praktisch in zijn werk gaan of patiënten die liever eerst beeldvorming of doorverwijzing naar een specialist wensen. Meer dan de helft van de bevraagde kinesitherapeuten ontvangt zelden of nooit een doorverwijzing voor een KCO, hoewel de meerderheid in de vragenlijst aangaf hier vaker een doorverwijzing voor te wensen. In de LOK echter stonden zij niet zo positief tegenover het KCO, en wensen zij dat de patiënten juist niét meer doorverwezen worden omwille van de tijdsintensiviteit ervan en het feit dat de artsen de verslagen niet lezen. Het op gang brengen van communicatie werd door de beiden wél meermaals als positief aspect van het KCO ervaren.

Conclusies: Momenteel wordt het KCO slechts weinig in de praktijk gebruikt, vooral door de onbekendheid ervan en omdat er toch ook een aantal drempels aan verbonden zijn. Een algemene implementatie in de toekomst lijkt voor zowel huisartsen als kinesitherapeuten niet echt aan de orde. Een betere communicatie tussen de twee partijen moet als eerste aangepakt worden.

Contact: l.debleeckere@hotmail.com

Inhoud

1. Inleiding 6
2. Literatuuronderzoek 7
3. Eigen onderzoek 11
   3.1 Inleiding 11
   3.2 Methode 12
   3.3 Resultaten 13
      3.3.1 Resultaten met betrekking tot het KCO 13
      3.3.2 Resultaten met betrekking tot de sociale kaart 21
      3.3.3 Bespreking resultaten tijdens LOK met huisartsen en kinesitherapeuten 25
      3.3.4 Eigen doorverwijzing naar kinesitherapeut 29
   3.4 Discussie 30
   3.5 Besluit 33
4. Referenties 35
5. Bijlagen 36
   Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité 36
   Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 38
   Bijlage 3: Vragenlijst voor huisartsen 40
   Bijlage 4: Vragenlijst voor kinesitherapeuten 43
   Bijlage 5: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten 46
   Bijlage 6: Toestemmingsformulier 50

1. Inleiding

Als huisarts wordt er vaak nauw samengewerkt met de kinesitherapeut. Op het kinesitherapeutisch voorschrift wordt van ons als huisarts verwacht een diagnose te noteren. De diagnosestelling van een bepaald musculoskeletaal probleem bij de patiënt is echter niet altijd even eenvoudig of eenduidig te verwezenlijken.

Uit de opleiding tot huisarts herinner ik mij een korte les over het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek of 'KCO'.

Het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek werd ingevoerd in 2002 en is een instrument dat de huisarts kan helpen naar diagnosestelling toe. De huisarts stuurt op voorschrift zijn patiënt door naar een kinesitherapeut voor een grondig kinesitherapeutisch onderzoek. De kinesitherapeut stuurt hierop zijn bevindingen terug naar de huisarts en kan hierna, indien zowel huisarts als kinesitherapeut een verdere kinesitherapeutische behandeling zinvol vinden, zijn therapie opstarten. Het kinesitherapeutisch onderzoek kan dus ook de communicatie tussen arts en kinesitherapeut bevorderen en de verdere behandeling bij de kinesitherapeut beter in kaart brengen. Het KCO mag slechts één maal per pathologie aangerekend worden. Er bestaat een nomenclatuurnummer voor de kinesitherapeut (560092 voor een KCO in het kabinet, 560394 voor een KCO aan huis), de kostprijs bedraagt €22,26 bij een courante pathologie. Patiënten met voorkeurregeling krijgen hiervan €19,29 terugbetaald zowel bij geconventioneerde als gedeconventioneerde kinesitherapeuten. Patiënten zonder voorkeurregeling krijgen hiervan €15,20 terugbetaald bij geconventioneerde en €11,40 bij gedeconventioneerde kinesitherapeuten (1).

2. Literatuuronderzoek

De onderzoeksvraag is specifiek toegespitst op het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek als hulpmiddel in de diagnosestelling van een bepaald musculoskeletaal probleem.

Er werd naar literatuur gezocht via het principe van de watervalmetafoor. Allereerst werden de quaternaire bronnen geëvalueerd. Daarna werden de tertiaire bronnen nagezocht, gevolgd door de secundaire en primaire bronnen. Al snel werd duidelijk dat onderzoek, toegespitst op het KCO, vrijwel nog niet werd verricht.

Bij de quaternaire bronnen ben ik gestart bij de NHG-standaarden (Nederlands Huisartsen Genootschap). Hier werd geen relevante informatie gevonden. Daarna bekeek ik de website van Domus Medica.

- Praktijkinstrument *'Val-en Fractuurpreventie'* (2).

  In het praktijkinstrument val- en fractuurpreventie werd het KCO vermeld in het kader van aanvraag van een F-pathologie bij een bepaalde patiënt. Hiervoor is onderzoek van de spierkracht, het evenwicht en de mobiliteit bij de patiënt noodzakelijk waarvoor de richtlijn aanbeveelt hiervoor door te verwijzen naar een kinesitherapeut voor een KCO. De richtlijn vermeldt dat het KCO de indicatiestelling voor kinesitherapie kan bevestigen en de medische diagnose kan aanvullen met de kinesitherapeutische werkdiagnose. Het geeft de arts informatie over de bijdrage van de kinesitherapeutische behandeling aan het te verwachten herstelproces. Om geldig te zijn bevat het voorschrift de naam van de patiënt, de diagnose, de voorschrijfdatum, de identificatiegegevens van de arts, handtekening én toevoeging 'kinesitherapeutisch consultatief onderzoek'.

- Presentatie workshop Domus Medica *'Samenwerking huisarts en kinesitherapeut'* door Lode Verreyen, UGent vakgroep huisartsgeneeskunde.

  Enkel uitleg omtrent bestaan van het KCO.

- Presentatie LOK Domus Medica *'Het kinesitherapievoorschrift'*.

  Enkel uitleg omtrent bestaan van het KCO.

In de tertiaire bronnen kon ik weinig relevante informatie vinden. Ik zocht in Minerva via de trefwoordenlijst op het trefwoord kinesitherapie. Dit leverde geen bruikbare informatie op. Via Cebam werd ik gelinkt naar PEDro (physiotherapy evidence database) maar ook hier kon geen relevante informatie weerhouden worden.

Als secundaire bron raadpleegde ik The Cochrane Library. Volgende zoektermen werden gebruikt: physiotherapy, prescription, physiotherapy + prescription. Dit leverde eveneens geen relevantie informatie op.

Op Pubmed, als primaire bron, werd de zoektocht verdergezet. De gebruikte zoektermen waren:

- (physiotherapy AND general practitioner): 880 hits
- (physical therapists [Mesh] AND general practitioners [Mesh]): 169 hits
- (physical therapists [Mesh] AND general practitioners [Mesh] AND physical examination [Mesh]): 42 hits

  Er werden een aantal artikels gevonden die ergens wel kunnen vergeleken worden met het KCO in België.

  Een studie uit 2014 uit het Verenigd Koninkrijk (3) onderzocht de ideeën van huisartsen omtrent het doorverwijzen van hun patiënten naar een 'orthopedic clinical assessment service (OCAS)' beheerd door kinesitherapeuten. De studie vond dat huisartsen hier vooral naar doorsturen omwille van lange wachttijden bij specialisten.

  Een andere studie uit 2012 (4) evalueerde onderzoek en behandeling door kinesitherapeuten als eerste lijn bij patiënten met musculoskeletale problemen. Bij 85% van de patiënten was het niet nodig een huisarts te consulteren. Ernstige pathologieën werden slechts gevonden bij 6% van de patiënten die door de kinesitherapeut naar de huisarts verwezen werden, terwijl er geen gevonden werden bij de 9% patiënten die achteraf zelf nog de huisarts consulteerden. Patiënten die onderzocht werden door de kinesitherapeut waren meer tevreden met de informatie die ze verkregen betreffende hun probleem dan deze onderzocht door de huisarts. Zij

hadden ook meer vertrouwen in de kennis van de kinesitherapeut omtrent hun musculoskeletaal probleem dan in de huisarts.

Een studie uit 2016 uit Quebec (5) bekeek de aanvaardbaarheid van kinesitherapeuten als eerstelijns gezondheidswerkers voor de behandeling van patiënten met musculoskeletale problemen. Ongeveer 90% van de 513 bevraagde patiënten geloofden dat kinesitherapeuten bekwaam en competent waren en 91% vermeldde dat ze vertrouwen hadden in de kinesitherapeut voor de behandeling van musculoskeletale problemen. Meer dan 90% was ook voorstander dat kinesitherapeuten medische handelingen mochten uitvoeren zoals communicatie van een medische diagnose, aanvraag van beeldvorming en voorschrijven van medicatie zoals NSAID's.

Uiteindelijk doorzocht ik de ICHO database waar reeds voorbije masterproeven in verzameld staan. Hier werden 3 masterproeven gevonden die te maken hadden met het kinesitherapeutisch voorschrift of de verbetering in communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Een aantal interessante zaken omtrent communicatie tussen beiden, en omtrent de opmaak van het voorschrift werden besproken. In de bronnenlijst van deze masterproeven werden nog een aantal artikels omtrent communicatie en het kinesitherapievoorschrift gevonden en bekeken. Echter, specifiek omtrent het KCO werd geen relevante informatie gevonden.

Een masterproef uit 2009 (6) onderzocht de onderlinge communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Eerst werd een systematische review gedaan met de vraag "wat is er reeds gekend over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten?". Nadien vond een observationele studie plaats door het ontleden van 266 kinesitherapeutische voorschriften. Tenslotte deed men nog een kwalitatief onderzoek via interviews bij 10 kinesitherapeuten. Hier werd gepeild naar inhoud van de verwijzing, onderlinge communicatie en verslaggeving.

De systematische review toonde dat onderlinge communicatie als goed werd beoordeeld. Huisartsen verkozen over het algemeen een schriftelijke communicatie. Het populairste tijdstip tot communicatie was na afloop van de behandeling. Het krijgen van verslagen was zeer gewenst, maar gebeurde niet vaak. Kinesitherapeuten wensten

vooral een juiste diagnose op het voorschrift. Struikelblokken voor een goede communicatie waren beperkte kennis van de kinesitherapie, slechte ervaringen bij voorgaande communicatie, en beperkte beschikbaarheid en dominante houding van de arts. De auteur concludeert dat meer communicatie de kennis tot het kinesitherapeutisch beroep bevordert, wat leidt tot meer verwijzingen. Deze verwijzingen zorgen voor meer ervaring, hetgeen op zijn beurt tot een betere communicatie leidt. De interviews toonden dat negentig procent van de kinesitherapeuten het voorschrift te beperkt vinden wat betreft informatie over de patiënt. Zij wensten relevante medische voorgeschiedenis en uitslagen van medische beeldvorming. Aan de aard van behandeling en frequentie van behandelingen werd minder belang gehecht. Tachtig procent van de kinesitherapeuten ervoer een tekort aan communicatie, voornamelijk door tijdsgebrek van huisartsen en in mindere mate dominante houding van huisartsen.

In een recentere masterproef uit 2013 (7) werd de kennis van de huisartsen omtrent het kinesitherapeutisch voorschrift bekeken. 40 huisartsen werden hierbij geïnterviewd. De oorzaken die werden gegeven bij foutieve of onvolledige voorschriften waren: gebrek aan kennis over de mogelijke therapeutische behandelingen, de grote diversiteit aan kinesitherapeuten, de onduidelijkheid tussen E- en F-pathologie en onduidelijke communicatie van de specialist naar de huisarts. Bij een analyse van het voorschrift zelf waren de meest voorkomende fouten het ontbreken van datum en het ontbreken van de diagnose.

In een Spaanse studie uit 2013 (8) werd aangetoond dat de samenwerking en communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut op een zeer laag niveau stond. Redenen die door huisartsen werden gegeven waren de hoge werkdruk, moeilijkheden in bereikbaarheid van kinesitherapeuten, de niet ondersteunende infrastructuur en de omgeving. Ook het gebrek aan opleiding in de huisartsgeneeskunde met betrekking tot de kinesitherapie werd aangehaald als mogelijke oorzaak. Tijdens de opleiding was er onder andere niet genoeg communicatie met kinesitherapeut. Ook een gebrek aan theoretische kennis van kinesitherapie werd aangeduid als reden van gebrekkige samenwerking.

Besluit literatuuronderzoek

Het werd al snel duidelijk dat onderzoek, specifiek naar het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek, nog niet werd verricht. Dit ligt uiteraard mede aan het feit dat het KCO pas in 2002 werd ingevoerd in België. Meer algemene artikels in verband met de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut werden wel gevonden, doch ook niet in grote getale. In deze studies echter werd duidelijk dat er nog veel ruimte is voor verbetering van de communicatie tussen deze twee partijen. Vooral de beperkte kennis van huisartsen over het kinesitherapeutisch beroep, slecht opgestelde kinesitherapeutische voorschriften en slechte bereikbaarheid van de huisarts kwamen naar voor.

3. Eigen onderzoek

3.1 Inleiding

Hoewel het KCO mij in theorie een zeer handig hulpmiddel leek, zag ik dit in de praktijk nauwelijks tot niet gebruikt worden. Zo kwam ik tot dit onderwerp voor mijn masterproef. Mijn doel is te peilen naar het gebruik, de kennis en de voor- en nadelen van het KCO, zowel bij huisartsen als bij kinesitherapeuten, en zo de huidige plaats van het KCO in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut te onderzoeken.

Daarnaast zal er nog een sociale kaart van de kinesitherapeuten in de regio worden opgesteld. Als huisarts weten wij vaak onvoldoende welke kinesitherapeuten in onze regio werkzaam zijn en welke hun specifieke werkgebieden zijn. Door het opstellen van een sociale kaart zal er in de toekomst gerichter kunnen doorverwezen worden naar een bepaalde kinesitherapeut.

Onderzoeksvraag

Wat is de huidige plaats van het KCO in de huisartsenpraktijk, en wat zou de plaats ervan in de toekomst kunnen zijn?

3.2 Methode

Om te beginnen werd via online vragenlijsten, verstuurd naar zowel huisartsen als kinesitherapeuten uit de regio van mijn opleidingspraktijk (Zwalm-Zingem-Oudenaarde-Brakel), gepeild naar de kennis, het gebruik, beweegredenen en drempels bij het voorschrijven en het uitvoeren van het KCO. In deze fase werd via de vragenlijst ook aan de kinesitherapeuten gevraagd om hun specifieke subspecialismen aan te geven, met als doel een sociale kaart te kunnen opstellen van de kinesitherapeuten werkzaam in de regio. Op deze manier kan in de eigen praktijk gerichter doorverwezen worden in de toekomst. Huisartsen werden gerekruteerd via de 'Oudenaardse Vereniging van Omnipractici (OVO)' en via de lokale huisartsenkring in Brakel. Er werd hierbij een totaal van 203 huisartsen bereikt. Kinesitherapeuten werden gerekruteerd via de voorzitter van de lokale kring van AXXON, regio Oudenaarde-Ronse en lokaal in de regio Brakel. Hierbij werd een totaal van 161 kinesitherapeuten bereikt.

In een volgende fase werden de resultaten, die bekomen werden via de online vragenlijsten, samengebracht in een PowerPoint presentatie. Deze resultaten werden voorgesteld en bediscussieerd tijdens een Lokale Overlegkring (LOK) met huisartsen uit de regio en een afzonderlijke LOK met kinesitherapeuten uit de regio.

Tegelijkertijd werden in de eigen praktijk een aantal patiënten, waarbij een KCO wenselijk was, doorverwezen naar een kinesitherapeut voor een KCO, om ook eigen ervaringen hiermee te kunnen onderzoeken.

Voor deze masterproef werd samengewerkt met Dr. Lucas Levrau, die in dezelfde regio werkzaam is. Zijn focus ligt vooral op het aspect 'therapie' bij de doorverwijzing van een patiënt naar de kinesitherapeut. De vragenlijsten werden samen opgesteld en er werden dusdanig dezelfde huisartsen en kinesitherapeuten bereikt. Ook de LOK-avonden werden samen georganiseerd en het opstellen van de sociale kaart is eveneens een aspect dat samen behandeld werd.

3.3 Resultaten

Onze vraag aan de huisartsen om de online vragenlijst in te vullen leverde een respons op van 42 ingevulde exemplaren. De respons vanuit de kinesitherapeuten kwam op 35 exemplaren.

3.3.1 Resultaten met betrekking tot het KCO

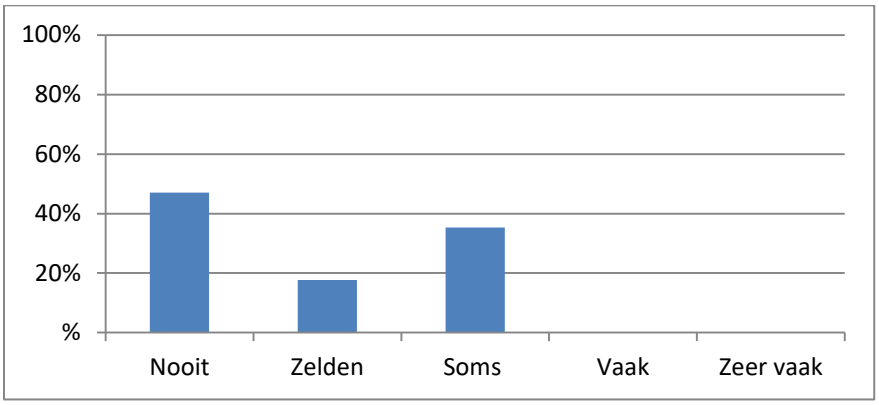
Online vragenlijst huisartsen

Vraag 1: Heeft U weet van het bestaan van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO)? Dit is de mogelijkheid een patiënt door te verwijzen naar een kinesitherapeut voor diagnosestelling van een bepaald musculoskeletaal probleem.



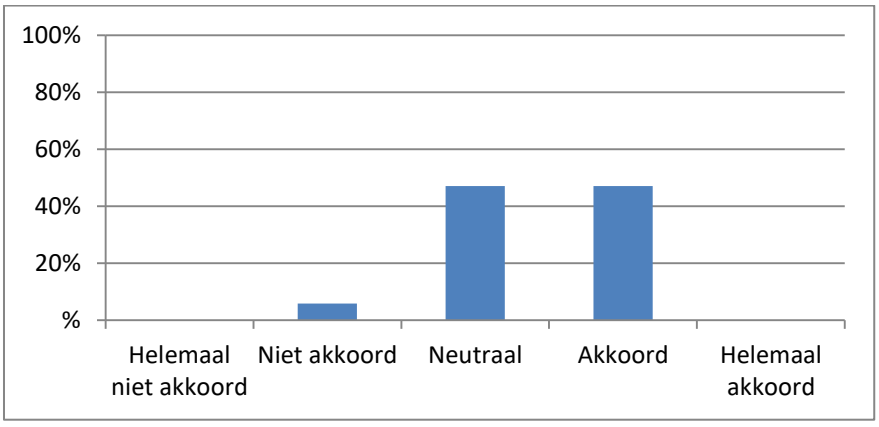
Door de 42 huisartsen die deze vraag beantwoordden, werd er 19 maal ‘ja’ en 23 maal ‘nee’ geantwoord. Meer dan de helft van de huisartsen die deze vragenlijst beantwoordden wisten dus niet van het bestaan van het KCO af. Dit is een zeer duidelijke eerste vaststelling die ik tevens verwachtte. Het KCO is dus duidelijk ongekend bij huisartsen.

Vraag 2: Maakt U gebruik van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek?



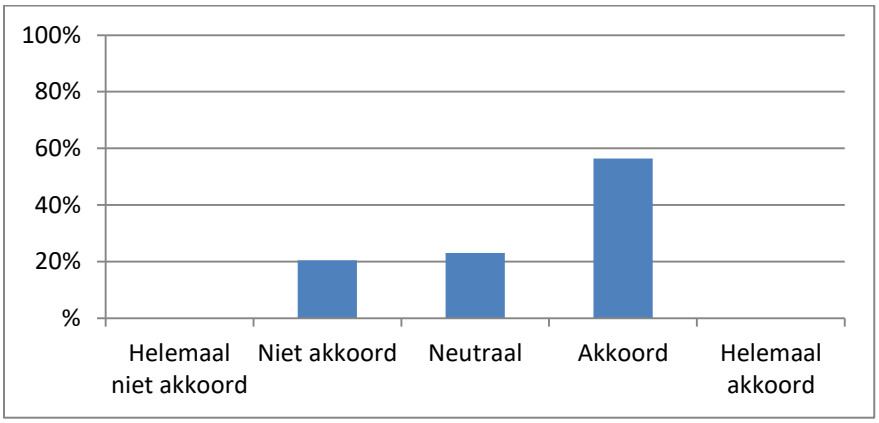
Deze vraag werd slechts door 17 huisartsen ingevuld. Slechts 6 huisartsen antwoordden dat zij dit KCO soms voorschrijven, 3 huisartsen zelden en de meerderheid (8) nooit. Geen enkele huisarts gebruikt het KCO vaak of zeer vaak. Uiteraard als meer dan de helft van de huisartsen dit onderzoek niet kent, zijn de lage resultaten voor het voorschrijven ervan voor de hand liggend.

Vraag 3: Ik vind dat het doorverwijzen van een patiënt naar een kinesitherapeut voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek en dus voor een diagnosestelling een meerwaarde biedt naar mijn diagnose toe.



Deze vraag werd opnieuw door 17 huisartsen beantwoord. Opvallend is wel dat, hoewel het KCO vrij onbekend is en nauwelijks gebruikt wordt, ongeveer de helft van huisartsen met deze stelling akkoord was. Zij denken dus wel dat het KCO een nuttig instrument kan zijn naar diagnosestelling toe. De andere helft hield zich neutraal en slechts 1 huisarts was niet akkoord.

Vraag 4: Wanneer ik een patiënt doorverwijs naar een kinesitherapeut nadat ik de diagnose louter klinisch heb gesteld (zonder bv. bijkomende onderzoeken zoals beeldvorming), ben ik ervan overtuigd dat deze diagnose klopt.



Deze vraag werd door 39 huisartsen beantwoord. Meer dan de helft, namelijk 22 hiervan, waren akkoord met deze stelling en zijn dus vrij zeker van hun klinische diagnosestelling. Negen huisartsen houden zich neutraal en 8 huisartsen zijn niet akkoord en zijn dus met andere woorden niet altijd zeker van hun gestelde diagnose.

Vraag 5: Wat zijn voor U de beweegredenen om een patiënt door te verwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek?

Deze vraag was een open vraag naar de huisartsen toe en gaf hen de kans hun eigen beweegredenen op te geven. Hierop kwam een respons vanwege 14 huisartsen.

Wat het vaakst terugkwam in de redenen was twijfel omtrent de diagnose (6x), onder andere omdat de kennis van het locomotorisch stelsel bij huisartsen ontoereikend is om een gedetailleerde diagnose te stellen.

Ook de reden dat de kinesitherapeut meer ervaring heeft in het onderzoeken van patiënten op musculoskeletaal vlak kwam vaak aan bod (4x).

Een aantal huisartsen vermeldde dat zij dit voornamelijk zouden voorschrijven als er twijfel zou bestaan over de meerwaarde van een kinesitherapeutische behandeling bij een bepaalde pathologie (2x).

Een aantal andere huisartsen zou het vooral voorschrijven bij onduidelijke klachten of uitgebreide klachten waarmee de patiënt zich aanbiedt (2x).

Een andere reden die 2x terugkwam was als de patiënt de diagnose van de huisarts in twijfel trekt. Vooral ongeloof dat het een musculair probleem betreft werd aangehaald.

Eén huisarts vond dat het doorverwijzen voor een KCO de multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut kan bevorderen.

Vraag 6: Wat zijn voor U drempels om een patiënt door te verwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek?

Ook hier kregen huisartsen de mogelijkheid om open te reageren op deze vraag.

Vijf huisartsen wisten praktisch niet hoe dit aangevraagd moet worden en hoe dit precies in zijn werk gaat. Ook onduidelijkheid omtrent terugbetaling en kostprijs voor de patiënt werd door 3 huisartsen aangehaald.

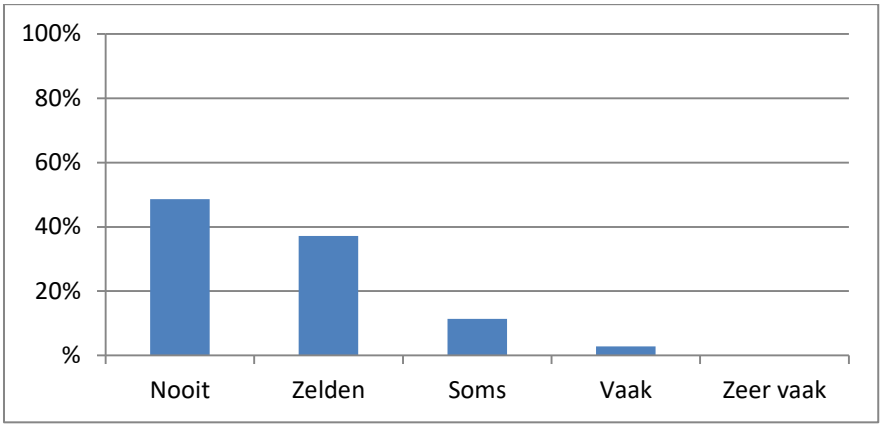
Andere redenen waren dat patiënten eerst liever beeldvorming of een doorverwijzing naar een specialist krijgen voor ze naar een kinesitherapeut gestuurd worden (2x) of dat patiënten niet aanvaarden dat de kinesitherapeut meer zou weten dan de huisarts (2x).

Ook het zelden ontvangen van een verslag (1x), de omslachtigheid van doorverwijzing en terugverwijzing (1x), de indruk dat kinesitherapeuten dit zelf niet graag hebben (1x) en onduidelijkheid of dit door alle kinesitherapeuten wordt uitgevoerd (1x) waren drempels om het KCO aan te vragen.

Twee huisartsen ondervinden geen drempel om dit voor te schrijven.

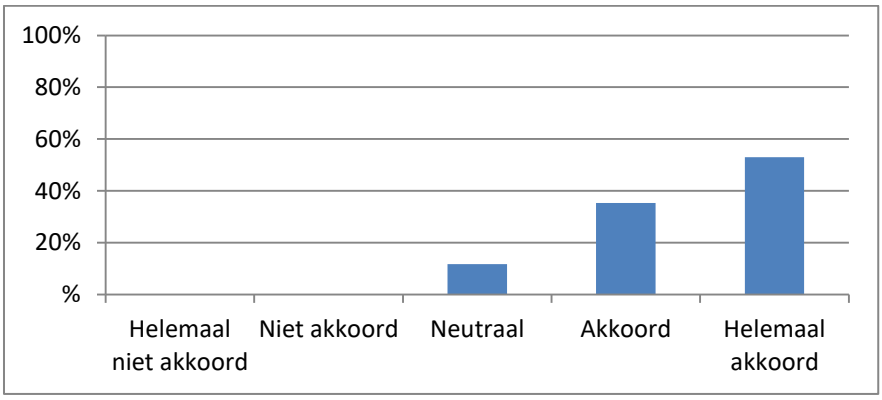
Online vragenlijst kinesitherapeuten

Vraag 1: Als kinesitherapeut bent U vertrouwd met het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO). Hoe vaak ontvangt U hiervoor een patiënt op verwijzing van de huisarts?



Op 35 kinesitherapeuten die deze vraag beantwoordden, vermeldde ongeveer de helft (17) dat zij nooit en 13 dat zij zelden een verwijzing voor een KCO krijgen. Slechts 4 kinesitherapeuten ontvangen soms en 1 kinesitherapeut vaak een verwijzing voor een KCO. Als we dit linken aan het lage procent huisartsen die weet heeft van het bestaan van het KCO is dit uiteraard een logisch gevolg hiervan.

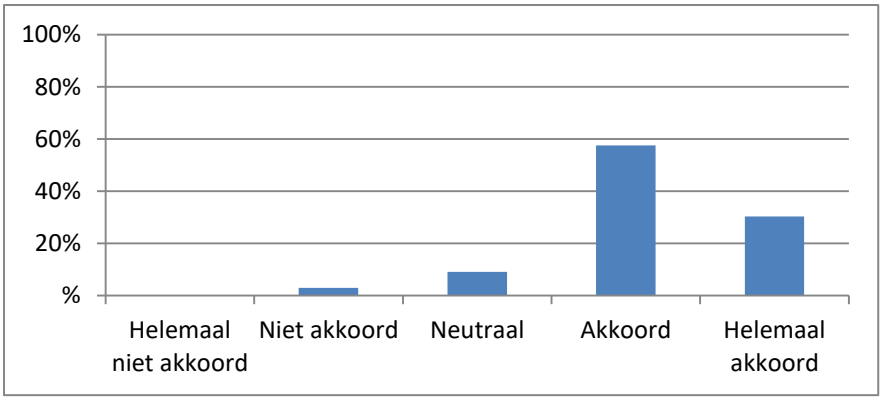
Vraag 2: Ik vind dat het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek een meerwaarde biedt in het stellen van de juiste diagnose.



Deze vraag werd zowel aan de huisartsen als aan de kinesitherapeuten voorgelegd. Bij de kinesitherapeuten vindt bijna 90% het KCO een meerwaarde naar diagnosestelling toe. Er zijn 18 kinesitherapeuten helemaal akkoord en 12 akkoord met deze stelling. Vier kinesitherapeuten houden zich neutraal. Hier zien we dus toch een klein verschil. Slechts de

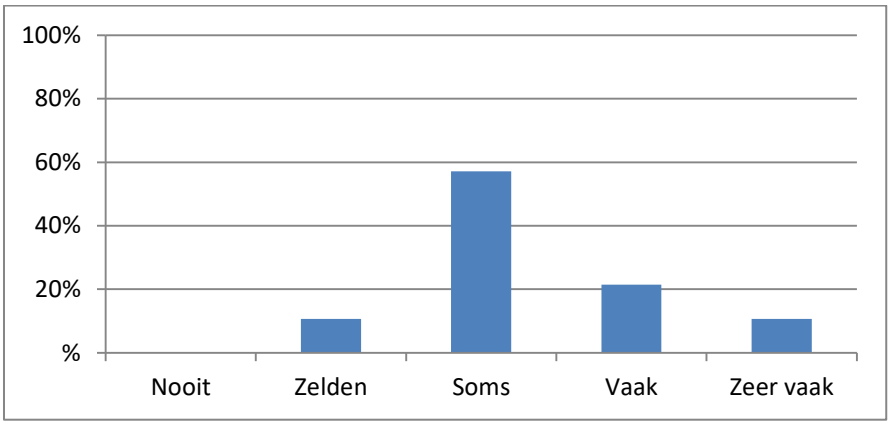
helft van de huisartsen vond dit een meerwaarde hebben waar de andere helft zich neutraal hield. Kinesitherapeuten zijn dus duidelijk méér overtuigd van de meerwaarde van het KCO naar diagnosestelling toe.

Vraag 3: Ik zou willen dat huisartsen vaker naar mij doorverwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek, alvorens een behandeling te starten.



Opnieuw bijna 90% van de kinesitherapeuten zou vaker een doorverwijzing voor een KCO van de huisarts willen ontvangen. Tien van de 33 kinesitherapeuten die deze vraag beantwoordden waren helemaal akkoord met deze stelling, 19 waren akkoord en 3 hielden zich neutraal. Slechts 1 kinesitherapeut was niet akkoord.

Vraag 4: Hoe vaak heeft U bedenkingen bij de diagnose die de verwijzende huisarts op basis van klinische gegevens (zonder bv. bijkomende onderzoeken zoals beeldvorming) heeft gesteld?



Van de 28 kinesitherapeuten die deze vraag beantwoordden hebben er 9 vaak (6) tot zeer vaak (3) bedenkingen bij de diagnose die door de huisarts vermeldt wordt. Bijna 60% (16 kinesitherapeuten) vermeldt soms bedenkingen te hebben. Slechts 3 kinesitherapeuten hebben zelden bedenkingen bij de diagnose van de huisarts.

Deze resultaten staan opnieuw in contrast met de vraag die gesteld werd aan huisartsen over hoe zeker zij zijn over hun vermelde diagnose. Meer dan 50% van huisartsen is vrij zeker van hun diagnose, hoewel bijna 90% van de kinesitherapeuten soms tot vaak bedenkingen heeft bij deze diagnose.

Vraag 5: Waarom zou U vaker een doorverwijzing voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek wensen? Wat zijn voor U de voordelen of de meerwaarde ervan?

Op deze open vraag kwam verrassend veel respons. Een dertigtal kinesitherapeuten gaven hun redenen waarom zij vaker een doorverwijzing voor een KCO zouden wensen.

De reden die het vaakst naar voor kwam in de antwoorden (13x) was het feit dat een KCO een betere, meer specifieke, meer verfijnde diagnosestelling vanuit musculoskeletaal oogpunt met zich meebrengt. Het komt nog al te veel voor dat de diagnose die de huisarts op het voorschrift vermeldt te algemeen is. Met diagnoses zoals ‘lumbalgie’, ‘cervicalgie’, ‘trapeziussyndroom’ weet de kinesitherapeut eigenlijk niet waar de klachten specifiek

vandaan komen. Een meer uitgebreid onderzoek kan de diagnose verfijnen wat vooral zeer belangrijk is naar verdere kinesitherapeutische behandeling toe.

Dit was dan ook de tweede reden die het vaakst naar voor kwam (9x) namelijk het beter kunnen opstellen van een behandelplan nadat de diagnose duidelijk is.

Nog een reden die vaak terugkwam (7x) was het feit dat verwijzing voor een KCO kan leiden tot een betere samenwerking en een betere communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Het KCO verplicht eigenlijk tot communicatie tussen beiden en het verlaagt de drempel voor kinesitherapeuten om in dialoog te gaan en overleg te plegen met de huisarts. Ook kan de kinesitherapeut op deze manier de huisarts helpen om de ernst van de situatie in te schatten en kan er bekeken worden of de diagnoses van beiden overeenstemmen. Een onmiddellijk multidisciplinaire aanpak wordt eveneens als positief voor de patiënt beschouwt.

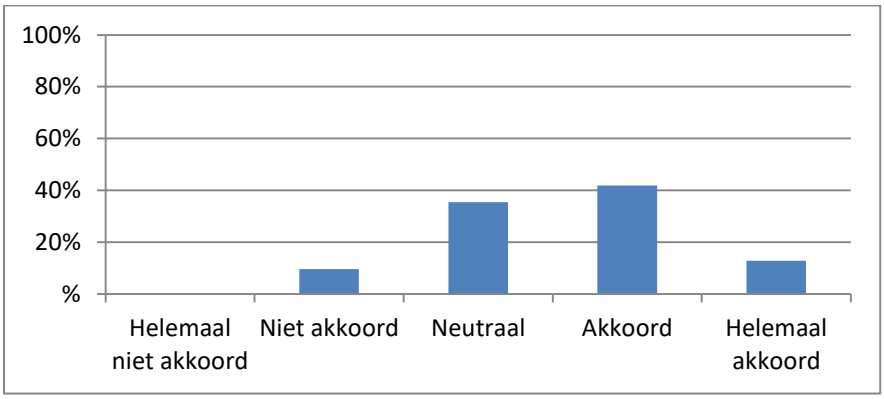
Drie kinesitherapeuten vermeldden dat zij degelijk opgeleid zijn en dus over de nodige kennis en ervaring beschikken om een volwaardig onderzoek op musculoskeletaal vlak te verrichten.

Twee maal werd de reden aangehaald dat het meer gebruiken van het KCO het aantal aanvragen voor medische beeldvorming zou kunnen terugschroeven en dus ergens ook kostenbesparend kan zijn voor de maatschappij.

Twee kinesitherapeuten gaven aan dat zij iets meer tijd kunnen nemen voor een grondig onderzoek van de patiënt in vergelijking met de huisarts die vaak op 15 minuten een volledig consult moet afwerken. Deze zijn ook voorstander voor een implementatie van het KCO bij elke kinesitherapeutische doorverwijzing. Indien zij een goede diagnose willen stellen met een passend behandelplan specifiek voor de patiënt hebben zij reeds een halfuur nodig. Indien er geen KCO werd aangevraagd wordt dit meestal afgetrokken van de beurten die de patiënt voorgeschreven kreeg en gebeurt er tijdens het eerste kinesitherapeutisch consult vaak nog niet veel behandeling zelf. Het KCO zou dit probleem kunnen oplossen en ook ongemakkelijke situaties, waarbij de patiënt reeds vanaf het eerste consult een behandeling verwacht, kunnen vermijden. Ook vermeldden zij dat een goed onderzoek bij veel kinesitherapeuten soms verloren gaat omwille van tijdsgebrek, geen verloning of geen

begrip van de patiënt. Een goede kinesitherapeutische diagnose leidt tot een betere behandeling wat leidt tot een snellere revalidatie en dus ook meer kostenefficiënt is.

Vraag 6: Ik denk dat een algemene implementatie van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek in de toekomst haalbaar zal zijn.

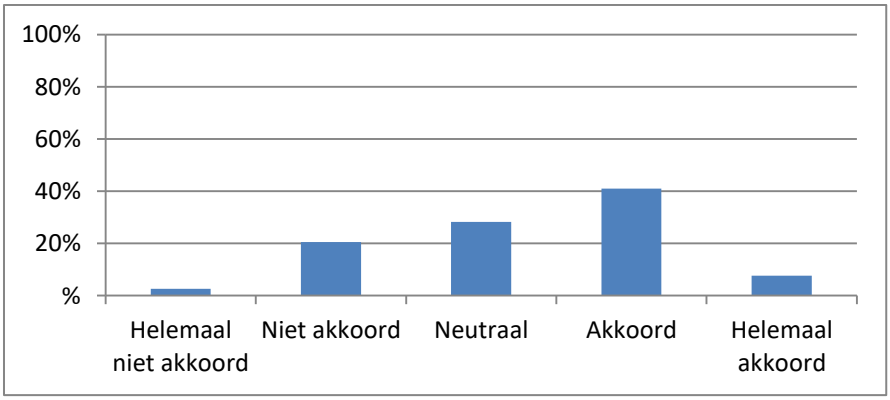


Ongeveer de helft van de 31 kinesitherapeuten die deze vraag beantwoordden denkt dat een algemene implementatie van het KCO haalbaar is. Drie kinesitherapeuten denken dat het niet haalbaar is, 11 hielden zich neutraal.

3.3.2 Resultaten met betrekking tot de sociale kaart

Online vragenlijst huisartsen

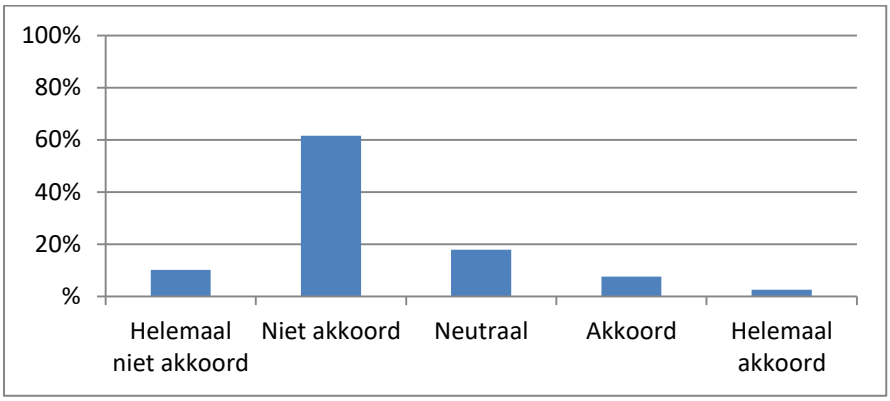
Vraag 1: Ik ben voldoende op de hoogte van de kinesitherapeuten werkzaam in mijn regio.



Als we als huisarts onze patiënt wensen door te verwijzen voor een kinesitherapeutische behandeling, is het vaak nuttig te weten naar wie we onze patiënt kunnen doorsturen.

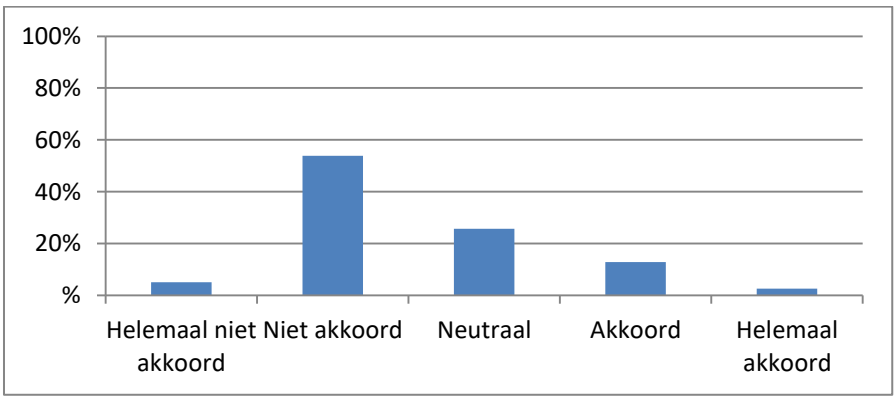
Ongeveer de helft van de 39 huisartsen die deze vraag beantwoordden, zijn van mening voldoende op de hoogte te zijn van de kinesitherapeuten werkzaam in hun regio. Ongeveer een vierde (9) zijn onvoldoende op de hoogte, 11 kinesitherapeuten hielden zich neutraal.

Vraag 2: Ik ben goed op de hoogte van welke specifieke behandelingsmodaliteiten (zoals ESWT, elektrotherapie, andere specifieke apparatuur, etc.) de verschillende kinesitherapeuten in mijn regio aanbieden.



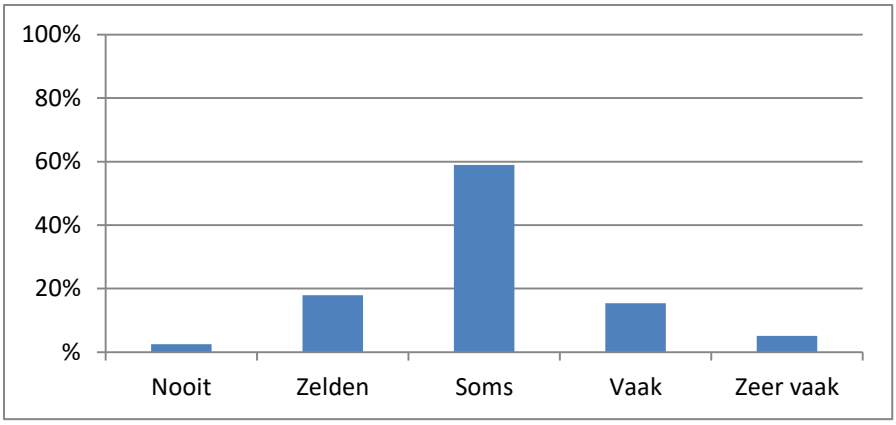
Opvallend hier is dat slechts 4 van de 39 huisartsen vermeldden dat zij op de hoogte zijn van wat de kinesitherapeuten in hun regio van apparatuur ter beschikking hebben. Ongeveer 70% (28 kinesitherapeuten) is onvoldoende of niet op de hoogte, 7 kinesitherapeuten hielden zich neutraal.

Vraag 3: Ik ben goed op de hoogte van eventuele 'subspecialismen' die sommige kinesitherapeuten in mijn regio hebben.



Ook hier vermeldden de huisartsen eerder niet op de hoogte te zijn van subspecialismen van de kinesitherapeuten uit de regio. Ongeveer 60% is niet op de hoogte, 14% vindt van wel, de rest hield zich neutraal.

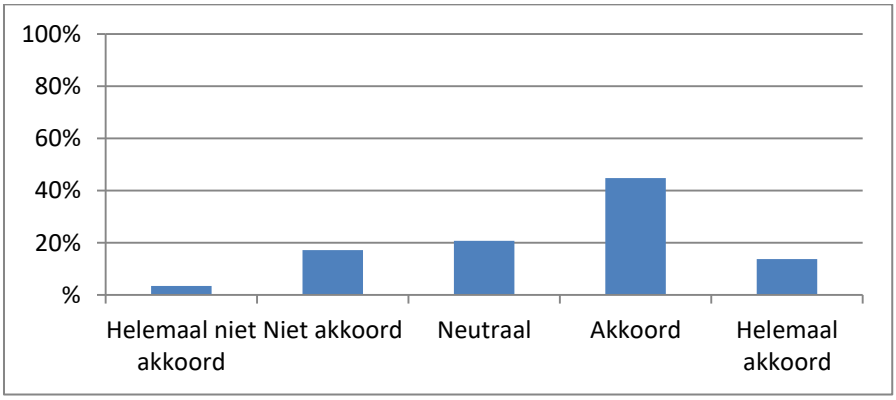
Vraag 4: Als U een patiënt een kinesitherapeutische behandeling voorschrijft, raadt U dan zelf een bepaalde kinesitherapeut aan?



Hier vermeldde de meerderheid van de huisartsen (60%) dat zij soms wel zelf een kinesitherapeut aan de patiënt aanraden. Acht van de 39 huisartsen doen dit vaak tot zeer vaak, 8 doen dit zelden tot nooit.

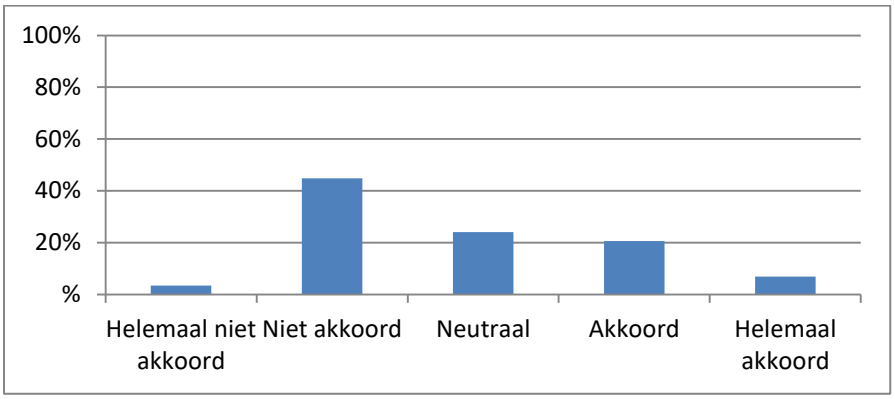
Online vragenlijst kinesitherapeuten

Vraag 1: Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio voldoende op de hoogte zijn dat ik in hun regio werkzaam ben.



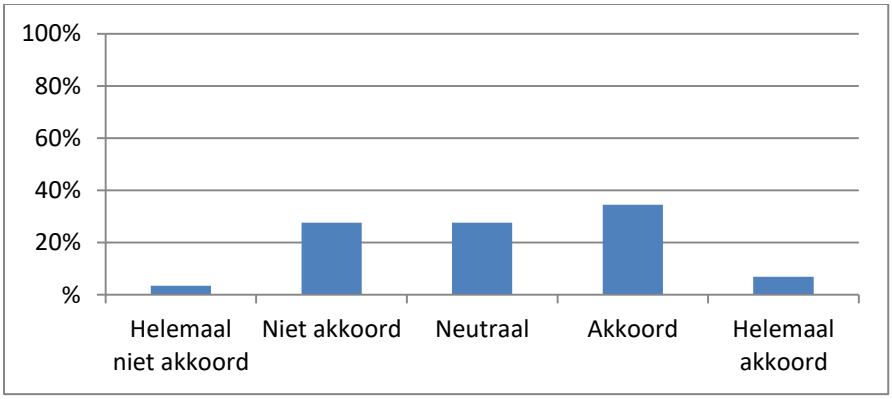
Bijna 60% (17) van de 29 kinesitherapeuten die deze vraag beantwoordden, zijn van mening dat de huisartsen voldoende op de hoogte zijn dat zij in hun regio werkzaam zijn. Zes kinesitherapeuten denken van niet, 6 hielden zich neutraal.

Vraag 2: Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio voldoende op de hoogte zijn van de aanwezige behandelingsmodaliteiten en technische apparatuur (bv. ESWT, ultrason,...) in mijn praktijk.



Ongeveer de helft van de kinesitherapeuten denkt dat de huisartsen uit de regio niet voldoende op de hoogte zijn van hun aanwezige apparatuur. Acht denken dat dit wel het geval is, 6 hielden zich neutraal.

Vraag 3: Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio op de hoogte zijn van eventuele 'subspecialismen' / bijkomende kwalificaties die ik heb.



Ongeveer 40% (12 kinesitherapeuten) geloven dat de huisartsen voldoende op de hoogte zijn van hun subspecialismen. Negen van de 29 denken dat dit niet het geval is, 8 hielden zich neutraal.

3.3.3 Bespreking resultaten tijdens LOK met huisartsen en kinesitherapeuten

Bovenstaande resultaten van de online vragenlijsten werden verwerkt in een aantal stellingen en werden via een PowerPoint presentatie gepresenteerd aan huisartsen en kinesitherapeuten tijdens 2 afzonderlijke LOK-avonden. Een eerste LOK, met 15 deelnemende huisartsen vond plaats in november 2017, een tweede LOK, met 30 deelnemende kinesitherapeuten, vond plaats in januari 2018. De bedoeling van deze LOK-avonden was om een interactieve discussie aan te gaan omtrent het onderwerp en om de resultaten die bekomen werden via de vragenlijsten te bespreken.

Stelling 1: De helft van de huisartsen weet niet van het bestaan van het KCO. De meerderheid van de huisartsen die het toch kent, gebruikt het echter zelden of nooit. De meeste kinesitherapeuten ontvangen zelden of nooit een verwijzing van de huisarts voor een KCO. Nochtans zou 90% dit vaker willen. De meerderheid van zowel huisartsen als kinesitherapeuten vindt dat het KCO een meerwaarde naar diagnose toe biedt.

a. LOK huisartsen

Een aantal redenen die hier naar voor kwamen om de onbekendheid van het KCO te verklaren waren onder andere dat het bestaan van het KCO nauwelijks aan bod komt in de opleiding Geneeskunde. Daarnaast wordt het gebruik ervan ook niet actief gepromoot vanuit de kinesitherapeuten. Ook het feit dat er geen specifiek sjabloon voorhanden is maakt dat de huisartsen dit niet vaak gebruiken.

Redenen waarom huisartsen hun patiënt al dan niet voor een KCO zouden doorverwijzen werden reeds in de online vragenlijsten hierboven vermeld maar tijdens de discussie op de LOK kwamen nog een aantal andere zaken naar voor. Een aantal huisartsen hebben het moeilijk met wanneer de kinesitherapeut tot een andere diagnose zou komen dan hen. ‘Wie heeft dan gelijk?’. Nog een aantal opvallende vermeldingen waren ‘Wij stellen

de diagnose, de kinesitherapeut voert uit', of 'Wat kan een kinesitherapeut meer meebrengen dan een huisarts die beeldvorming laat uitvoeren?'.

Op de vraag of dit onderzoek zou kunnen leiden tot een betere samenwerking vielen de meningen uiteen. Een van de hoofdredenen waarvoor huisartsen hun patiënten zouden doorsturen voor een KCO is om te bekijken of een kinesitherapeutische behandeling bij dit probleem meerwaarde zou kunnen bieden. Het gevaar dat de kinesitherapeut elke patiënt zou houden voor verdere behandeling, ook al lijkt dit hem weinig zinvol, lijkt voor een aantal huisartsen toch een heikel punt. Het belang van een goede vertrouwensrelatie tussen huisarts en kinesitherapeut kwam hier duidelijk naar voor. Indien een goede vertrouwensrelatie aanwezig is zijn huisartsen meer geneigd hun patiënten door te verwijzen voor een KCO. Het probleem hierbij is dat er nog vaak een te anonieme sfeer rond 'de kinesitherapeut' hangt en huisartsen vaak niet weten bij wie hun patiënt gaat. Momenteel geven huisartsen vaak het kinesitherapeutisch voorschrift aan de patiënt mee zonder een bepaalde kinesitherapeut aan te bevelen, tenzij de patiënt hier uiteraard actief naar vraagt.

b. LOK kinesitherapeuten

Wat de kinesitherapeuten meteen vermeldden is de vraag of huisartsen wel weten wat zij eigenlijk allemaal kunnen en doen. Zij hebben het gevoel dat er nog een zeer grote onwetendheid omtrent het kinesitherapeutisch beroep aanwezig is bij huisartsen. Op zeer veel voorschriften wordt 'massage' aangevraagd, terwijl massage de dag van vandaag nog in uitzonderlijke gevallen wordt toegepast en de focus verlegd is naar een actieve oefentherapie.

Wat ook meteen vermeld werd is het feit dat er momenteel nog te weinig communicatie is tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers. Een aantal kinesitherapeuten is er voor om elke behandeling te starten met een bespreking tussen huisarts en kinesitherapeut over welke therapie er moet of zal gevolgd worden.

De meeste kinesitherapeuten aanwezig hebben maximum één keer in hun carrière een doorverwijzing gekregen voor een KCO. Hoewel in de vragenlijst naar voor kwam dat kinesitherapeuten wel vaker een doorverwijzing hiervoor zouden wensen, komt dit

tijdens de LOK veel minder naar voor. Het KCO vergt voor de kinesitherapeut een extra administratie en tijd en velen menen te denken dat de huisarts deze verslagen toch niet echt leest. Zij zijn eerder voorstander van een opvolgingsrapport in het midden van de behandelingsreeks dan van een KCO. Kinesitherapeuten hebben hoe dan ook hun eigen intake bij elke nieuwe patiënt die zij zien waardoor velen het niet nodig vinden om dit dan nog eens uitgebreid op papier te rapporteren naar de huisarts. Wat wél als positief gezien wordt aan het gebruik van het KCO, is het feit dat het de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut op gang kan brengen.

Stelling 2: De meerderheid van de huisartsen (56%) is overtuigd van de correctheid van zijn/haar klinische diagnose wanneer hij/zij een doorverwijzing naar de kinesitherapeut maakt. Slechts 21% twijfelt aan zijn/haar klinische diagnose. Toch blijkt bijna 90% van de kinesitherapeuten soms bedenkingen te hebben bij deze klinische diagnoses. 21% van de kinesitherapeuten heeft deze bedenkingen zelfs vaak, en 10% zeer vaak. Moet er vóór doorverwijzing naar een kinesitherapeut voor therapie meer diagnostiek zoals beeldvorming plaatsvinden? Of is hier een rol voor het KCO weggelegd?

a. LOK huisartsen

Huisartsen vinden dat het vooral afhangt van de pathologie of zij moeten doorverwijzen voor beeldvormend onderzoek of niet. Bij heel duidelijke pathologie is dit zelden nodig. Of zij in plaats van beeldvorming voor een KCO zouden kiezen hangt hier opnieuw af van de al dan niet bestaande vertrouwensrelatie met de kinesitherapeut. Als zij weten dat de kinesitherapeut op een correcte manier de patiënt zal onderzoeken en, indien het probleem verder moet bekeken worden of niet kan behandeld worden door de kinesitherapeut, hem terugverwijst naar de huisarts, dan zien zij het wel zitten om in de toekomst meer door te verwijzen voor een KCO.

b. LOK kinesitherapeuten

De kinesitherapeuten zien er geen graten in dat de diagnose, vermeld op het kinesitherapeutisch voorschrift, niet altijd meteen correct is. Ook zij komen soms pas na een aantal behandelingen tot een sluitende diagnose voor het probleem. Zij vinden het

dan ook geen probleem dat er vooral een beschrijving van de klachten van de patiënt op het voorschrift vermeld wordt.

Wat betreft het KCO vermelden zij hier opnieuw vooral drempels om het niet algemeen te implementeren. De brieven die zij naar de huisarts terugsturen komen te laat toe, ze worden vaak toch niet gelezen, ondertussen is de behandeling reeds gestart,… Wél wordt opnieuw het voordeel dat er op deze manier communicatie optreedt tussen huisarts en kinesitherapeut aangehaald. Wat zij ook vermelden is dat het toegankelijk maken van het eHealth-platform voor kinesitherapeuten een vereenvoudiging van deze administratieve rompslomp en een verbetering in communicatie tussen alle gezondheidsmedewerkers zou kunnen meebrengen.

Stelling 3: Een kwart van de huisartsen (23.1%) is niet op de hoogte van welke kinesitherapeuten in zijn/haar regio werkzaam zijn. Eén op vijf kinesitherapeuten (20.7%) gelooft inderdaad dat hij/zij een onbekende is voor de huisartsen in dezelfde regio.

a. LOK huisartsen

Huisartsen zijn het er vrij over eens dat het de taak is van de kinesitherapeut om hen te komen voorstellen bij de huisarts. Op die manier is er meteen een persoonlijk contact en kan dit leiden tot een betere samenwerking. Hierdoor kan het contact in de toekomst ook gemakkelijker en meer laagdrempelig verlopen.

Een oplijsting van de kinesitherapeuten uit de regio ontbreekt vaak nog, waardoor het voor de huisarts niet duidelijk is welke kinesitherapeuten allemaal werkzaam zijn in de regio. Het opmaken hiervan zou de verwijzing absoluut ten goede komen.

b. LOK kinesitherapeuten

De kinesitherapeuten echter ondervinden uit ervaring dat dit weinig zin heeft. Velen hebben zich bij een nieuwe vestiging voorgesteld aan de huisartsen uit de regio, zowel persoonlijk als via mail of brief, maar zij ondervinden hierdoor niet méér verwijzingen. Toch blijft een persoonlijk contactmoment wel belangrijk om een band op te bouwen met de huisarts.

3.3.4 Eigen doorverwijzing naar kinesitherapeut

Zelf heb ik tijdens de dagdagelijkse praktijkvoering 5 eigen patiënten doorgestuurd naar een kinesitherapeut met de vraag een KCO uit te voeren. Hoewel ik op voorhand dacht dit bij meer patiënten te zullen doen, vond ik het slechts in 5 gevallen echt zinvol een aanvraag hiervoor mee te geven. Redenen om deze patiënten door te verwijzen voor een KCO waren voornamelijk twijfel over waar het probleem zich precies situeerde en twijfel of een kinesitherapeutische behandeling zinvol zou zijn.

Bij één patiënt was het nodig, omwille van uitval van bepaalde zenuwfuncties, om de patiënt door te verwijzen voor beeldvorming en uiteindelijk verder te verwijzen naar de fysiotherapeut. Wat ik bij deze patiënt enorm positief vond was het feit dat de kinesitherapeut mij meteen opbelde van zijn bevindingen en vermeldde er zelf niet gerust in te zijn. Op die manier werd een bepaalde band opgebouwd met de kinesitherapeut en kan ik in de toekomst gerust zijn dat, indien er nood is aan verdere verwijzing, de kinesitherapeut mij hiervan op de hoogte zal brengen.

Bij een andere patiënt liep, na het stellen van de diagnose door de kinesitherapeut, de evolutie tijdens de behandelingen niet zoals verwacht, en ook toen werd ik hiervan telefonisch op de hoogte gebracht met de vraag om dit eens te herbekijken en eventueel door te verwijzen voor beeldvorming.

Wat ik persoonlijk vooral geleerd heb uit deze doorverwijzingen is dat ik niet zozeer belang hecht aan het kennen van de exacte diagnose, gesteld door de kinesitherapeut, maar wel aan de dialoog met de kinesitherapeut, vooral dan bij een behandelplan dat afwijkt van de verwachtingen. Het opbouwen van een bepaalde band en een goede communicatie met de kinesitherapeut komt uiteindelijk de revalidatie van de patiënt alleen maar ten goede.

3.4 Discussie

Hoewel via het rondsturen van de vragenlijsten 203 huisartsen en 161 kinesitherapeuten bereikt werden, kwam er slechts een respons van 42 huisartsen en van 35 kinesitherapeuten. Hiermee werd echter wel aan het vooropgestelde doel voldaan, metname een minimum van 20 ingevulde exemplaren. Toch blijft deze steekproef vrij klein en mogen de resultaten van deze vragenlijst niet meteen veralgemeend worden. Ook moet vermeld worden dat de LOK met huisartsen vooral een oudere generatie huisartsen betrof. Of hier andere meningen zouden bekomen worden met jongere huisartsen is dus niet geweten.

Na de enquête werden de resultaten verzameld en besproken tijdens een LOK met huisartsen en een LOK met kinesitherapeuten. Wat hier voornamelijk opviel is de discrepantie tussen de resultaten van de enquête enerzijds, en de meningen tijdens de LOK anderzijds. Zo zien we bijvoorbeeld dat kinesitherapeuten in de vragenlijst aangeven dat zij het KCO een grote meerwaarde vinden naar diagnosestelling toe en dat bijna 90% aangeeft vaker een verwijzing hiervoor te wensen. In de LOK echter werd duidelijk dat de meeste deelnemende kinesitherapeuten veeleer niet geloven in een algemene implementatie en dat een hogere graad van doorverwijzing voor hen geen must is. Zij argumenteren hun mening door te stellen dat het opmaken van verslagen hieromtrent zeer tijdrovend is en velen zijn daarenboven van mening dat de huisarts het opgemaakte verslag uiteindelijk nauwelijks inkijkt. De meeste kinesitherapeuten aanwezig waren dan ook van mening dat een algemene implementatie van het KCO in de toekomst weinig zinvol is. Wél zijn zij voorstander van het rapporteren van de progressie van de patiënt, bijvoorbeeld in het midden van hun behandelingsplan. Momenteel echter loopt de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut, nog verre van optimaal en gebeurt dit ook nauwelijks, voornamelijk uit angst om de arts te storen. Een beter communicatieplatform met bijvoorbeeld toegang van kinesitherapeuten tot het eHealth-platform zou hier eventueel een vooruitgang in samenwerking kunnen betekenen. Op die manier kan de drempel tot communicatie verlaagd worden en kunnen meteen ook alle kinesitherapeutische gegevens verzameld worden in het dossier van de patiënt.

In de enquête wordt daarnaast ook gezien dat slechts 50% van de huisartsen het KCO een meerwaarde vindt, terwijl dit bij kinesitherapeuten 90% is. Kinesitherapeuten zijn dus wel duidelijk méér overtuigd van de meerwaarde van het KCO naar diagnosestelling toe.

Ook als we kijken naar het antwoord op de vraag hoe zeker huisartsen zijn van hun eigen diagnose, vermeldde meer dan 50% vrij zeker te zijn van hun diagnose, terwijl toch 90% van de kinesitherapeuten dikwijls bedenkingen hierbij heeft.

Het ontbreken van een sjabloon, specifiek voor het aanvragen van een KCO, in de medische software van de huisarts draagt vermoedelijk ook bij aan het feit dat dit nauwelijks voorgeschreven wordt. Toevoegen van zo'n sjabloon zou een doorverwijzing in de toekomst makkelijker moeten kunnen maken.

De onbekendheid van het KCO werd zowel tijdens de LOK met huisartsen als de LOK met kinesitherapeuten verklaard vanuit het feit dat het kinesitherapeutisch beroep in het algemeen nauwelijks aan bod komt in de opleiding Geneeskunde. In de huidige opleiding worden voornamelijk basiszaken besproken zoals bv. wat verplicht op het voorschrift moet staan of wanneer we precies aan een doorverwijzing voor kinesitherapie moeten denken, maar nog té weinig welke mogelijkheden de kinesitherapie te bieden heeft. Het stigma dat een kinesitherapeut enkel masseert is al lang voorbijgestreefd maar leeft blijkbaar toch nog teveel onder huisartsen. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten zijn het erover eens dat de kinesitherapie uitgebreider aan bod moet komen in de opleiding Geneeskunde en dat dit de doorverwijzing, de communicatie en uiteindelijk de behandeling van de patiënt ten goede zal komen.

Wat ook vaak terugkwam in beide LOK's is het feit dat de kinesitherapeut momenteel nog te anoniem is voor de huisarts. Huisartsen geven vaak gewoon het voorschrift aan de patiënt mee en laten hem vrij in de keuze van kinesitherapeut, vaak ook gewoon omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van wie werkzaam is in de omgeving. Ook hier blijkt een discrepantie tussen de resultaten van de enquête en de LOK, en gaven nochtans meer dan de helft van de huisartsen in de enquête aan voldoende op de hoogte te zijn van de kinesitherapeuten werkzaam in hun buurt. Tijdens de LOK werd dit ontkracht. Het in kaart brengen van de kinesitherapeuten in de regio kan een nuttig instrument zijn om gerichter te

gaan doorverwijzen en om de kinesitherapeuten ook beter te leren kennen, mede via de patiënt.

In de rand van dit onderzoek wil ik ook nog even het principe van Directe Toegang Kinesitherapie (DTK) belichten. Dit principe maakt het voor de patiënt mogelijk om op eigen initiatief een kinesitherapeut te consulteren, dus zonder doorverwijzing van een andere gezondheidsmedewerker.

DTK kwam ook meermaals aan bod in het kader van de gesprekken zowel in de LOK met huisartsen als in de LOK met kinesitherapeuten.

In België zijn er nog geen wettelijke bepalingen vastgelegd om directe toegang tot kinesitherapie voor de patiënt mogelijk te maken. In de praktijk komt het echter vaak voor dat de patiënt op eigen initiatief de kinesitherapeut consulteert en pas achteraf een voorschrift vraagt aan de huisarts.
In de ons omringende landen zoals o.m. het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Noorwegen is DTK wel duidelijk gereglementeerd. Ook ver buiten Europa zijn lokale reglementeringen rond DTK terug te vinden, de Verenigde Staten van Amerika en Australië zijn hier voorbeelden van.
Tijdens de LOK's werd reeds duidelijk dat kinesitherapeuten voorstanders zijn van zo'n DTK systeem. Het zou hun autonomie voor een stuk kunnen vergroten. Huisartsen echter staan hier nog eerder weigerachtig tegenover. Zij vrezen dat hun centrale rol als eerstelijnsgezondheidsmedewerker hierdoor verloren zal gaan. Ook op politiek vlak moet nog een en ander worden uitgewerkt.
Hier kan het KCO een tussenoplossing bieden. Indien men in eerste instantie het KCO vrij toegankelijk zou maken, met een verplichte verslaggeving naar de huisarts eraan gekoppeld, zouden enerzijds de patiënt en kinesitherapeut meer autonomie krijgen, anderzijds zou de huisarts nog steeds betrokken blijven bij de verdere behandeling. Ook zou het de complexe communicatie van door- en terugverwijzing kunnen vereenvoudigen.
De beleidsstrategie omtrent directe toegang en 'zelfverwijzing' naar een kinesitherapeut opgemaakt door de World Confederation of Physical Therapy (WCPT) (9) vermeldt eveneens de groeiende evidentie dat zo'n DTK systeem niet alleen voordelen biedt voor de gebruikers ervan maar ook maatschappelijk kosteneffectief blijkt te zijn.

De uitwerking van een geschikte reglementering voor de implementatie van DTK in België wordt beslist een belangrijke uitdaging voor de toekomst.

Algemeen kunnen we dus stellen dat het KCO in theorie een zeer handig instrument lijkt, maar dat er in de praktijk nog een aantal concrete stappen moeten worden gezet . Een betere communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten lijkt als eerste aan de orde.

3.5 Besluit

Meer dan de helft van de huisartsen die de enquête invulden wisten niet af van het bestaan van het KCO. Van de huisartsen die dit wel kennen is er slechts een kleine minderheid die het KCO soms gebruikt. Geen enkele huisarts gebruikt dit vaak. Ondanks de onbekendheid vindt meer dan de helft van de huisartsen wél dat het KCO een meerwaarde zou kunnen betekenen met betrekking tot de diagnosestelling.

Meer dan de helft van de kinesitherapeuten die de enquête invulden krijgen zelden of nooit een doorverwijzing voor een KCO. Meer dan 90% vindt het KCO een meerwaarde naar diagnosestelling toe en zou hier vaker een doorverwijzing voor wensen. Ook heeft bijna 90% van de kinesitherapeuten af en toe bedenkingen bij de diagnose vermeld door de huisarts. De voornaamste reden om vaker een doorverwijzing voor een KCO te wensen is een betere, meer specifieke en meer verfijnde diagnosestelling vanuit musculoskeletaal oogpunt en van daaruit ook de mogelijkheid tot het beter kunnen opstellen van een behandelplan. Een betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut kwam ook hier als een belangrijke reden naar voor.

Het belang van een goede vertrouwensrelatie tussen huisarts en kinesitherapeut kwam meermaals aan bod, in die zin dat de huisarts op de eerlijkheid van de kinesitherapeut moet kunnen vertrouwen en dat de kinesitherapeut niet zomaar losweg elke patiënt behandelt die hij doorverwezen krijgt.

Wat betreft de sociale kaart zijn huisartsen van mening dat het de taak is van de kinesitherapeut om zich te komen voorstellen in de praktijk. Het opmaken van een oplijsting van kinesitherapeuten in de regio ontbreekt nog en zou de verwijzing ten goede kunnen komen.

Kinesitherapeuten echter vinden dat het zich persoonlijk komen voorstellen in de praktijk van de huisarts niet daadwerkelijk tot meer doorverwijzing geleid heeft. Wel blijft een persoonlijk contactmoment belangrijk om een band op te bouwen met de huisarts.

4. Referenties

1. Website RIZIV. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/.
2. Wertelaers A, Baeten R, Vandeput O, Tessier J, Deconinck L, et al. Praktijkinstrumenten Val- en Fractuurpreventie. *Domus Medica vzw* 2015.
3. Burn D, May S, Edwards L. General practitioners' views about an orthopaedic clinical assessment service. *Physiother Res Int* 2014; 19(3): 176-185.
4. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012; 98(2): 131-137.
5. Desjardins-Charbonneau A, Roy JS, Thibault J, Ciccone VT, Desmeules F. Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016; 17(1).
6. Charlier K, Aertgeerts B. De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. *ICHO*; 2009.
7. Wouters K, Goedhuys J, Németh T. Het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. *ICHO*; 2013.
8. Paz-Lourido B, Kuisma RM. : General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. *J Interprof Care* 2013; 24: 254-60.
9. *Policy Statement: Direct Access and Patient/Client Self-referral to Physical Therapy.* London, United Kingdom: World Confederation for Physical Therapy; 2011.

5. Bijlagen

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité

Context

Als huisarts sturen wij patiënten, waarbij een musculoskeletaal probleem vermoed wordt, vaak door naar een kinesitherapeut voor behandeling. De huisarts focust vaak enkel op de aanmeldingsklacht van de patiënt en baseert zijn diagnose hier dan ook op. Een knieprobleem kan echter ook een uiting zijn van een probleem ter hoogte van de heup, of omgekeerd. De huisarts heeft daarbij de mogelijkheid om zijn patiënt door te verwijzen naar een kinesitherapeut voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO). Hierbij wordt de patiënt op locomotorisch vlak grondig onderzocht door de kinesitherapeut en vermeldt de kinesitherapeut op basis hiervan zijn diagnose aan de huisarts. Op basis van deze diagnose kan dan een aangepaste behandeling ingesteld worden.

Doel

Mijn opzet is om te bekijken wat de plaats van het KCO in de huidige huisartsenpraktijk is en wat de plaats ervan in de toekomst zou kunnen zijn. Hiermee doel ik op de haalbaarheid van het implementeren van dit KCO bij patiënten met locomotorische problemen. Mijn onderzoeksvraag is dus 'Wat is de huidige plaats van het KCO in de huisartsenpraktijk en wat zou de eventuele plaats ervan in de toekomst kunnen zijn?'. Daarnaast wordt een sociale kaart van de kinesitherapeuten in de regio opgesteld, waardoor gerichter zal kunnen doorverwezen worden. Dit project is dus een kwaliteitsverbeterproject.

Protocol

Vooreerst zal via een enquête bij een minimum van 20 huisartsen en 20 kinesitherapeuten uit de regio van de opleidingspraktijk (Zwalm) gepeild worden naar kennis, gebruik, beweegredenen en drempels bij het voorschrijven en het uitvoeren van het KCO. Huisartsen zullen gerekruteerd worden via de lokale huisartsenkring 'Zwalm-Zingem'. Kinesitherapeuten zullen eveneens gerekruteerd worden via de lokale kring, te vinden via AXXON. Eveneens zal in deze fase aan de kinesitherapeuten gevraagd worden hun specifieke specialisaties aan te geven, die in een latere fase zullen gebruikt worden om een sociale kaart van de kinesitherapeuten in de regio te kunnen aanmaken, wat een gerichtere doorverwijzing zal mogelijk maken. De proefpersonen in dit onderzoek zijn dus huisartsen en kinesitherapeuten, > 18 jaar en van beide geslachten. Daarna zal een interventie plaatsvinden waarbij een minimum van 5 patiënten, > 18 jaar en eveneens van beide geslachten, die zich in de huisartsenpraktijk waar ikzelf werk aanmelden met een locomotorisch probleem (en waarvoor een kinesitherapeutische behandeling wenselijk is) eerst wordt doorverwezen naar een kinesitherapeut, met de specifieke vraag om eerst zelf een KCO af te nemen. Meteen daarna kan de kinesitherapeut zijn behandeling dan

afstemmen op de resultaten van zijn onderzoek. Achteraf zal bekeken worden of er eventuele verschillen tussen diagnose van huisarts en kinesitherapeut aanwezig waren. Ook zal bij deze kinesitherapeut opnieuw via een vragenlijst gepeild worden naar zijn ervaring bij het uitvoeren hiervan, de positieve elementen (zoals bijvoorbeeld het beter kunnen afstemmen van een behandeling na eerst zelf een onderzoek te hebben uitgevoerd) en drempels (bijvoorbeeld tijdsintensiviteit van het onderzoek) en naar de eventuele haalbaarheid voor algemene implementatie in de toekomst. In deze fase van het onderzoek zijn de proefpersonen dus patiënten uit de eigen huisartsenpraktijk en hun kinesitherapeut naar keuze.

Op het einde van het onderzoek zal nog een sociale kaart worden opgesteld van de kinesitherapeuten in de regio van de opleidingspraktijk. Uiteindelijk zal dit onderzoek vooral voor de patiënt winst opleveren. Er zal namelijk een meer nauwkeurige diagnosestelling verricht zijn en er zal specifieker doorverwezen kunnen worden in de toekomst.

Voor deze masterproef zal samengewerkt worden met Dr. Lucas Levrau, die in dezelfde regio (Brakel) werkzaam is. Zijn focus ligt vooral op het aspect ‘therapie’ bij de doorverwijzing van een patiënt naar de kinesitherapeut. De enquêtes zullen samen opgesteld worden en dusdanig dezelfde huisartsen en kinesitherapeuten bereiken. Het opstellen van de sociale kaart is eveneens een aspect dat samen zal behandeld worden.

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0474	26-jul-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek in de huisartsenpraktijk.
ManaMa: Lieselot De Bleeckere

Belgisch Registratienummer: **B670201732188**

* Vragenlijsten
  - voor huisartsen
  - voor kinesitherapeuten
* CV Lieselot De Bleeckere
* Antwoord onderzoekers dd. 23/05/2017 (via mail dr. L. De Bleeckere ontv. dd. 31/05/2017) op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 10/05/2017 (versie 2)
* Antwoord onderzoekers
  definitief antwoord dd,18/07/2017
* Informatieformulier dd. 26/06/2017
  aangepaste versie 2 voor huisartsen / kinesisten ontv, 18/07/2017
* Informatieformulier dd. 26/06/2017
  aangepaste versie 2 voor patiënten ont, 18/07/2017
* Toestemmingsformulier dd. 26/06/2017
  versie ontvangen dd, 18/07/2017
* Diverse
  mail bevesting deelname co promotor prof.dr. Cools

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 14/07/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/07/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 14/07/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/07/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 22/08/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 22/08/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0474	26-jul-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0474

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Bijlage 3: Vragenlijst voor huisartsen

Gelieve aan te geven in welke mate u akkoord bent met onderstaande stellingen.

1. Heeft U weet van het bestaan van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO)? Dit is de mogelijkheid een patiënt door te verwijzen naar een kinesitherapeut voor diagnosestelling van een bepaald musculoskeletaal probleem.

Ja	Nee

2. Maakt U gebruik van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO)?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak

3. Ik vind dat het doorverwijzen van een patiënt naar een kinesitherapeut voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO) en dus voor een diagnosestelling een meerwaarde biedt naar mijn diagnose toe.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

4. Wat zijn voor U de beweegredenen om een patiënt door te verwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO)?
5. Wat zijn voor U drempels om een patiënt door te verwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO)?
6. Wanneer ik een patiënt doorverwijs naar een kinesitherapeut nadat ik de diagnose louter klinisch heb gesteld (zonder bv. bijkomende onderzoeken zoals beeldvorming), ben ik ervan overtuigd dat deze diagnose klopt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

7. Wanneer ik een patiënt doorverwijs naar een kinesitherapeut, ben ik ervan overtuigd dat de toe te passen therapie (bv. massage, oefentherapie, elektrotherapie, ESWT etc.) die ik vermeld op het kinesitherapeutisch voorschrift de beste therapie is voor die desbetreffende aandoening.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

8. Ik vind dat ik als huisarts meer bekwaam ben dan een kinesitherapeut om de juiste soort therapie te specificeren.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

9. Ik vind dat een kinesitherapeut, gezien zijn/haar expertise, zelf moet kunnen kiezen welke soort therapie hij/zij toepast op mijn patiënt, zonder dat dit door mij op het voorschrift gespecificeerd wordt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

10. Ik vind dat een kinesitherapeut in zijn/haar therapie mag afwijken van hetgeen ik op het voorschrift specificeer (bv. massage, oefentherapie, elektrotherapie, ESWT etc.), indien hij/zij volgens zijn/haar expertise oordeelt dat de desbetreffende aandoening een andere therapie noodzaakt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

11. Wanneer een kinesitherapeut zou beslissen om een andere therapie toe te passen dan degene die ik op het voorschrift specificeer, word ik hier liefst over verwittigd.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

12. Ik specificeer altijd de soort therapie (bv. massage, oefentherapie, elektrotherapie, ESWT etc.) op het voorschrift, ondanks het feit dat dit geen absolute vereiste is.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

13. Wanneer ik een patiënt doorverwijs naar een kinesitherapeut nadat medische beeldvorming de diagnose stelde, voeg ik het verslag van deze beeldvorming steeds bij mijn verwijzing.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

14. Ik vind dat een kinesitherapeut voldoende heeft aan de juiste diagnose, het verslag van medische beeldvorming heeft voor de kinesitherapeut weinig tot geen toegevoegde waarde.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

15. Ik vind dat een kinesitherapeut voldoende heeft aan de juiste diagnose, de voorgeschiedenis van de patiënt heeft voor de kinesitherapeut weinig tot geen toegevoegde waarde.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

16. Ik vind dat een kinesitherapeut voldoende heeft aan de juiste diagnose, de huidige medicatie van de patiënt, inclusief eventuele pijnstilling in kader van de huidige musculoskeletale problematiek waarvoor verwezen wordt, heeft voor de kinesiherapeut weinig tot geen toegevoegde waarde.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

17. Ik zou graag feedback van de kinesitherapeut ontvangen over de tussentijdse progressie die mijn patiënt maakt doorheen zijn kinesitherapie.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

18. Ik zou graag een verslag van de kinesitherapeut ontvangen wanneer mijn patiënt zijn kinesitherapie beëindigd heeft.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

19. Ik ben voldoende op de hoogte van de kinesitherapeuten werkzaam in mijn regio.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

20. Ik ben goed op de hoogte van welke specifieke behandelingsmodaliteiten (zoals ESWT, elektrotherapie, andere specifieke apparatuur, etc.) de verschillende kinesitherapeuten in mijn regio aanbieden.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

21. Ik ben goed op de hoogte van eventuele 'subspecialismen' die sommige kinesitherapeuten in mijn regio hebben.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

22. Als U een patiënt een kinesitherapeutische behandeling voorschrijft, raadt U dan zelf een bepaalde kinesitherapeut aan?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak

Bijlage 4: Vragenlijst voor kinesitherapeuten

Gelieve aan te geven in welke mate u akkoord bent met onderstaande stellingen.

1. Als kinesitherapeut bent U vertrouwd met het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO). Hoe vaak ontvangt U hiervoor een patiënt op verwijzing van de huisarts?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak

2. Ik vind dat het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO) een meerwaarde biedt in het stellen van de juiste diagnose.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

3. Ik zou willen dat huisartsen vaker naar mij doorverwijzen voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO), alvorens een behandeling te starten.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

4. Waarom zou U vaker een doorverwijzing voor een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO) wensen? Wat zijn voor U de voordelen of de meerwaarde ervan?
5. Ik denk dat een algemene implementatie van het KCO in de toekomst haalbaar zal zijn.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

6. Hoe vaak heeft U bedenkingen bij de diagnose die de verwijzende huisarts op basis van klinische gegevens (zonder bv. bijkomende onderzoeken zoals beeldvorming) heeft gesteld?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak

7. Hoe vaak heeft U bedenkingen bij de therapie die de verwijzende huisarts op het voorschrift vermeldt?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak

8. Wanneer de huisarts een specifieke therapie aangeeft op het kinesitherapeutisch voorschrift (bv. massage, oefentherapie, elektrotherapie, ESWT etc.), pas ik deze steeds toe, ook wanneer ik van mening ben dat de patiënt voor zijn/haar aandoening idealiter een andere soort therapie nodig heeft.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

9. Wanneer ik van mening ben dat een patiënt idealiter een andere soort therapie nodig heeft dan hetgeen op het voorschrift vermeld staat, neem ik contact op met de huisarts om dit te melden en eventueel toestemming te vragen om een andere therapie toe te passen.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

10. Ik geloof dat huisartsen het niet op prijs zouden stellen wanneer ik hen zou contacteren met de vraag om voor een andere dan de door de huisarts gespecificeerde therapie te kiezen, indien ik volgens mijn expertise van mening ben dat een andere therapie nodig is.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

11. Wanneer ik vragen of bedenkingen heb rond een bepaalde doorverwijzing zie ik af van deze aan de verwijzende huisarts te melden, omdat ik hem/haar niet wil storen.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

12. Wanneer ik mijn twijfels heb bij de door de huisarts gespecificeerde diagnose of therapie, opteer ik om dit niet te melden aan de desbetreffende huisarts, uit vrees dat hij/zij in de toekomst minder patiënten naar mij zal doorverwijzen.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

13. Ik wijk niet af van de door de huisarts gespecificeerde therapie omdat ik vind dat dit wijst op een gebrek aan respect voor de verwijzende huisarts.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

14. Ik wens naast de diagnose die vermeld wordt op het voorschrift tevens inzage in medische beeldvorming die plaatsvond in kader van de musculoskeletale aandoening waarvoor verwezen wordt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

15. Ik wens naast de diagnose die vermeld wordt op het voorschrift tevens op de hoogte gesteld te worden van de medische voorgeschiedenis van de patiënt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

16. Ik wens naast de diagnose die vermeld wordt op het voorschrift tevens op de hoogte gesteld te worden van de medicatie die de patiënt neemt, inclusief de pijnstilling in kader van de musculoskeletale aandoening waarvoor verwezen wordt.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

17. Ik denk dat het opmaken van verslagen voor de huisarts rond de progressie van zijn/haar patiënt weinig zin heeft.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

18. Het opmaken van verslagen nadat een patiënt een behandeling afgerond heeft is voor mij weinig interessant.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

19. Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio voldoende op de hoogte zijn dat ik in hun regio werkzaam ben.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

20. Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio voldoende op de hoogte zijn van de aanwezige behandelingsmodaliteiten en technische apparatuur (bv. ESWT, ultrason,...) in mijn praktijk.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

21. Ik geloof dat de huisartsen in mijn regio op de hoogte zijn van eventuele ‘subspecialismen’ / bijkomende kwalificaties die ik heb.

Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

Bijlage 5: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

Titel van de studie:

Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek in de huisartsenpraktijk.

Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie.

Het doel van deze studie is te bekijken wat de huidige plaats van het KCO is in de huisartsenpraktijk en wat de eventuele plaats ervan in de toekomst zou kunnen zijn. Een tweede doel van de studie is het opstellen van een sociale kaart van kinesitherapeuten in de regio van de opleidingspraktijk zodat er een meer gerichte doorverwijzing zou kunnen plaatsvinden.

Beschrijving van de studie:

Vooreerst zal via een enquête bij een minimum van 20 en een maximum van 50 huisartsen en een minimum van 20 en een maximum van 50 kinesitherapeuten uit de regio van de opleidingspraktijk (Zwalm) gepeild worden naar kennis, gebruik, beweegredenen en drempels bij het voorschrijven en het uitvoeren van het KCO. Eveneens zal in deze fase aan de kinesitherapeuten gevraagd worden hun specifieke specialisaties aan te geven, die in een latere fase zullen gebruikt worden om een sociale kaart van de kinesitherapeuten in de regio te kunnen aanmaken, wat een gerichtere doorverwijzing zal mogelijk maken.

Daarna zal een interventie plaatsvinden waarbij patiënten die zich in de huisartsenpraktijk waar ikzelf werk aanmelden met een locomotorisch probleem (en waarvoor een kinesitherapeutische behandeling wenselijk is) worden doorverwezen naar een kinesitherapeut voor een KCO om ook eigen ervaringen hiermee op te bouwen.

De verwachte totale duur van de studie is een jaar. In de beginfase worden de vragenlijsten opgestuurd en verwerkt, daarna worden patiënten met een musculoskeletaal probleem voor een KCO doorverwezen en uiteindelijk wordt een LOK georganiseerd met huisartsen en een LOK met kinesitherapeuten om de resultaten te bespreken.

Er zullen in totaal een minimum van 20 en een maximum van 50 huisartsen, een minimum van 20 en een maximum van 50 kinesitherapeuten en een minimum van 5 en maximum van 20 patiënten aan deze studie deelnemen.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u volledig meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt.

Voor huisarts en kinesitherapeut:

U dient de vragenlijst volledig en zo correct mogelijk in te vullen.

Voor patiënt:

U zal eerst een diagnostisch kinesitherapeutisch onderzoek bij uw kinesitherapeut ondergaan alvorens deze een behandeling opstart.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Procedures:

Voor huisarts en kinesitherapeut:

Als vrijwillige deelnemer aan deze studie zal u een vragenlijst aangeboden krijgen waarbij u over enkele stellingen rond het thema zal kunnen aangeven in welke mate u akkoord bent, of in welke mate de desbetreffende stelling op u van toepassing is.

Voor patiënt:

Als vrijwillige deelnemer aan deze studie zal u gevraagd worden om vooreerst een KCO door uw kinesitherapeut naar keuze te laten uitvoeren alvorens deze de behandeling opstart.

Studieverloop:

Voor huisarts:

Na het invullen van de vragenlijst hoeft u verder niets meer te doen; het invullen van de vragenlijst besluit uw deelname. Nadien zullen de resultaten door de onderzoeker statistisch verwerkt worden.

Voor kinesitherapeut:

Na het invullen van de vragenlijst zullen mogelijks patiënten naar u doorverwezen worden voor een KCO. Nadien zullen de resultaten door de onderzoeker statistisch verwerkt worden.

Voor patiënt:

Nadat uw huisarts besliste dat er een grondig kinesitherapeutisch onderzoek voor u wenselijk is, vooraleer er een behandeling wordt opgestart, zal het probleem waarvoor u kwam eerst door uw kinesitherapeut onderzocht worden alvorens deze zijn behandeling opstart. U hoeft verder niets te doen.

Risico's en voordelen:

Er worden geen risico's, ongemakken en onmiddellijke voordelen voor de deelnemer door deelname aan het onderzoek verwacht.

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's, nadelen van deze studie. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vergoeding:

Er wordt geen vergoeding voor de deelnemers voorzien.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot Uw dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd.

Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. Lieselot De Bleeckere 0472 87 91 09 l.debleeckere@hotmail.com

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten” pagina 1 tot en met 4 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor “Toestemmingsformulier”. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende onderzoeker. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie

zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens

doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening: