Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut

Lucas LEVRAU, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Ann Cools, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

DANKWOORD

Graag begin ik met het bedanken van alle personen die mij ondersteund hebben tijdens de twee jaar waarin deze masterproef geschreven werd. Op de eerste plaats veel dank aan mijn promotor, professor Dirk Avonts, en co-promotor, professor Ann Cools, voor de uitwerking van de studieopzet en hun begeleiding doorheen het gehele proces.

Verder wens ik mijn praktijkopleider, dr. Dirk Soetaert te bedanken voor de praktische ondersteuning. Via hem kwam ik in contact met de nodige personen om het onderzoek uit te kunnen bouwen.

Ook bedank ik dr. De Bleeckere Lieselot voor de samenwerking tijdens deze masterproef.

ABSTRACT

Context: Het kinesitherapeutisch voorschrift is in België tot op heden een wettelijke vereiste om als patiënt toegang te krijgen tot de kinesitherapie. Doorgaans blijkt dit echter tevens de enige vorm van communicatie te zijn tussen huisarts en kinesitherapeut, waardoor beide zorgverleners met wederzijdse informatiebehoeften blijven zitten. Zo is voor de huisarts de uitvoerder van de therapie vaak anoniem, en de toegepaste therapie onbekend.

Onderzoeksvraag: Welke problemen kent de huidige verwijzing van huisarts naar kinesitherapeut? Welke van deze problemen zijn te wijten aan het kinesitherapeutisch voorschrift? Welke rol speelt de kennis van het kinesitherapeutisch beroep bij huisartsen hierin? Welke rol speelt de sociale kaart van de huisartsenpraktijk hierin?

Methode: 1. Een verkennende literatuurstudie werd uitgevoerd. **2.** Online vragenlijsten werden verstuurd naar huisartsen en kinesitherapeuten uit de regio. De gegevens werden verwerkt met behulp van Excel. **3.** Afzonderlijke groepsdiscussies met huisartsen en kinesitherapeuten. **4.** Telefonische rondvraag bij kinesitherapeuten uit de regio om de sociale kaart van de huisartsenpraktijk te updaten.

Resultaten: 1. Dertien publicaties werden geïncludeerd. Algemene conclusie is dat er te weinig communicatie is tussen huisarts en kinesitherapeut, dat het huidige voorschrift tekortkomingen kent, en dat ervaring en kennis een belangrijke rol spelen in de samenwerking tussen beiden. **2.** De vragenlijst werd ingevuld door 42 huisartsen en 35 kinesitherapeuten. 56% van de huisartsen is overtuigd van zijn of haar klinische diagnose, hoewel 89% van de kinesitherapeuten hier soms bedenkingen bij heeft. 39% van de huisartsen weet niet welke kinesitherapeutische behandeling aangewezen is voor de vastgestelde musculoskeletale aandoening, en 62% van de kinesitherapeuten heeft dan ook bedenkingen bij de therapievoorstellen die zij maken. Respectievelijk wensen 83%, 83%, en 59% van de kinesitherapeuten inzage in medische beeldvorming, medische voorgeschiedenis en medicatielijst. Het nut van deze bijlagen wordt door respectievelijk 77%, 69% en 62% van de huisartsen als positief gewaardeerd. Bij huisartsen is er een grotere wens naar eindverslagen. 49% van de huisartsen is voldoende op de hoogte van welke kinesitherapeuten in zijn of haar regio werkzaam zijn, slechts 10% acht zichzelf op de hoogte te zijn van de aanwezige behandelingsmodaliteiten, en 15% zegt op de hoogte te zijn van eventuele subspecialismen van de regionale kinesitherapeuten. Deze kennis bij huisartsen wordt door respectievelijk 59%, 28%, en 41% van de kinesitherapeuten als adequaat ingeschat. **3.** De discussies werden bijgewoond door 15 huisartsen en 30 kinesitherapeuten. Rode draad doorheen deze discussies is de nood aan meer communicatie, een wederzijds vertrouwen en een pleidooi voor meer therapeutische vrijheid voor kinesitherapeuten. **4.** 12 lokale kinesitherapeuten werden telefonisch gecontacteerd en de sociale kaart van de praktijk werd aangevuld met de door hen aangereikte gegevens.

Conclusie: De samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut wordt bemoeilijkt door de gebrekkige communicatie en onvoldoende kennis bij huisartsen rond kinesitherapie. Meer contactmomenten tussen beide zorgverleners zijn noodzakelijk, ondermeer door kennismakingen georganiseerd door de lokale kringen. Er wordt enig effect verwacht van een update van de sociale kaart op de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut, maar slechts gering effect op het verwijsgedrag van de huisarts.

INHOUDSOPGAVE

Abstract 1

Inhoudsopgave 2

1. Inleiding 3
   1.1. Situering 3
   1.2. Motivatie 3
   1.3. Onderzoeksvraag 4

2. Literatuurstudie 5
   2.1. Methode 5
   2.2. Resultaten 6
   2.3. Conclusie 12

3. Onderzoek 13
   3.1. Methode 13
      3.1.1. Enquête 13
      3.1.2. Lokale kwaliteitsgroep (LOK) 13
   3.2. Resultaten 14
      3.2.1. Enquête 14
      3.2.2. Lokale kwaliteitsgroep (LOK) 22
      3.2.3. Praktijkverbeterproject 36

4. Discussie 37
   4.1. Bespreking resultaten 37
   4.2. Vergelijking met de bestaande literatuur 38
   4.3. Sterktes en zwaktes 39
   4.4. Aanbevelingen voor de toekomst 40

5. Conclusie 42

6. Referenties 43

7. Bijlagen 44

1. Inleiding

1.1. Situering

Sinds 1 september 2016 werk ik als huisarts in opleiding (HAIO) in de solopraktijk van dr. Dirk Soetaert gelegen in het landelijke Brakel. De praktijk werd opgericht in 1985. Sinds 2000 is de praktijk een opleidingspraktijk voor HAIO's. Mijn PO en ik zijn aangesloten bij de huisartsenkring Panacea, die de huisartsen van Brakel, Herzele, Lierde, Oosterzele, Sint-Lievens-Houtem, en Zottegem verenigt. Deze huisartsenkring telt 95 vaste huisartsen en 10 HAIO's.

Voor deze masterproef werk ik samen met dr. De Bleeckere Lieselot. Zij is werkzaam in Zwalm, een eveneens landelijke gemeente die grenst aan Brakel.

1.2. Motivatie

Sinds ik als HAIO gestart ben word ik regelmatig geconfronteerd met de verschillen tussen theorie en praktijk. Zo spreekt het bijvoorbeeld voor zich dat een patiënt met een bepaalde musculoskeletale aandoening naar een kinesitherapeut verwezen kan worden voor therapie, maar is het niet altijd even evident welke specifieke therapie dit precies hoort te zijn. Dit zorgt ervoor dat het opmaken van het kinesitherapievoorschrift vaak met twijfels verloopt, waardoor het voorschrift - en op die manier ook mogelijks de therapie - aan waarde inboet. Het niet kunnen benoemen van de specifieke therapie inzake bepaalde musculoskeletale aandoeningen wijst op een hiaat in mijn kennis, maar ik vraag me af hoe andere huisartsen uit mijn regio dit ervaren. Verder vraag ik mij af hoe kinesitherapeuten omgaan met kinesitherapievoorschriften waarvan zij de waardebijdrage betwijfelen, zoals bijvoorbeeld wanneer door de huisarts een diagnose werd gesteld of een therapie werd gesuggereerd waar de kinesitherapeut bedenkingen bij heeft.

Door te werken als HAIO kom ik echter ook in contact met andere praktische aspecten van de doorverwijzing naar een kinesitherapeut. Zo gebeurt het immers vaak dat patiënten met een musculoskeletale aandoening, wanneer zij verwezen worden naar een kinesitherapeut voor therapie, aan hun verwijzende huisarts vragen welke kinesitherapeut zij hem of haar zouden aanraden. Als beginnende HAIO, met onvoldoende kennis van de verschillende kinesitherapeuten uit de regio, kon ik in dergelijke gevallen louter beroep doen op de sociale kaart van de praktijk, een document die alle contactgegevens van verscheidene soorten zorgverleners bevat. Aangezien deze informatie beperkt was tot enkel de contactgegevens, merkte ik dat ik patiënten niet verder kon helpen wanneer zij vroegen naar een kinesitherapeut die als het ware 'gespecialiseerd' was in de musculoskeletale aandoening die de patiënt in kwestie had (bv. een kinesitherapeut met kennis van sportkinesitherapie in geval van sportletsel), of wanneer zij om specifieke therapie vroegen (bv. elektrotherapie, hydrotherapie, etc.). Ik vroeg me af of de sociale kaart met kinesitherapeuten geüpdatet kon worden met, naast de algemene contactgegevens, informatie rond bijkomende diploma's en al dan niet erkende subspecialiteiten, alsook de aanwezigheid van specifieke kinesitherapeutische apparatuur.

1.3. Onderzoeksvraag

Het doel van het observationeel onderzoek is het in kaart brengen van de verwijzing en de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. De verwijzing als proces begint bij de musculoskeletale klacht en eindigt bij het al dan niet bereiken van genezing. De verschillende stappen in dit proces worden onderzocht om te achterhalen waar de gebreken zich situeren: diagnostiek, therapie, verslagen, etc. Ook de kennis van huisartsen inzake kinesitherapeutische behandeling en hoe kinesitherapeuten dit ervaren zal van naderbij bekeken worden. Voorts wil ik aan de hand van een kwaliteitsverbeterproject onderzoeken wat het effect kan zijn van het uitbreiden van de gegevens van kinesitherapeuten die vervat zitten in de sociale kaart van de praktijk op de verwijzing van patiënten.

2. Literatuurstudie

2.1. Methode

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie werden achtereenvolgens quaternaire, tertiaire, secundaire en primaire bronnen geraadpleegd. Tenslotte werd ook de zogenaamde grijze literatuur doorzocht. Het doel van deze literatuurstudie is nagaan hoe de communicatie en samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut verloopt. De inclusiecriteria die bij het raadplegen van deze bronnen werden toegepast, werden daarom als volgt geformuleerd: artikels die de communicatie en/of manier van samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten beschrijven. Exclusiecriteria waren artikels die de relatie tussen huisartsen en enkel specialisten beschreven, artikels met te enge focus zoals specifieke musculoskeletale aandoeningen, en artikels die niet in het Nederlands op Engels geschreven waren. De resultaten werden handmatig beoordeeld op relevantie en beschikbaarheid van het volledige artikel. Ontoegankelijke artikels werden niet weerhouden.

Als quaternaire bronnen werden NHG, Domus Medica, en Ebpracticenet gebruikt. De zoektermen die hierbij gebruikt werden, waren ‘interdisciplinair’ of ‘interdisciplinary’, ‘communicatie’ of ‘communication’, ‘kinesitherapeut’, ‘fysiotherapeut’, of ‘physiotherapist’.

Via CEBAM werd toegang verkregen tot de tertiaire bronnen Minerva en Clinical Evidence. Er werd ook hier gezocht met behulp van de zoektermen ‘interdisciplinair’, ‘communicatie’, ‘kinesitherapeut’ en de Engelstalige termen ‘interdisciplinary’, ‘communication’, ‘physiotherapist’.

Vervolgens werden de secundaire bronnen The Cochrane Library en The Physiotherapy Evidence Database (PEDro) geraadpleegd, eveneens via CEBAM. Hierbij gebruikten we de zoektermen ‘interdisciplinary communication’, ‘communication physiotherapist’, ‘physiotherapist general practitioner’ en ‘physiotherapist primary physician’ bij The Cochrane Library. In de database van PEDro werd gezocht aan de hand van de termen ‘interdisciplinary communication’ en ‘communication primary physician’.

De primaire bronnen omvatten de zoekmotoren van PubMed, Embase, en Google Scholar. Tijdens deze zoekopdracht werd gebruik gemaakt van de combinatie van volgende Mesh-termen :

- ("physical therapists"[MeSH Terms] OR "physiotherapists"[MeSH Terms]) AND "interdisciplinary communication"[MeSH Terms]
- ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR "general practitioners"[MeSH Terms]) AND "interdisciplinary communication"[MeSH Terms]
- ("physical therapists"[MeSH Terms] OR "physiotherapists"[MeSH Terms]) AND “referral”[All Fields]

Tenslotte werd de grijze literatuur doorzocht, meer bepaald in de digitale database van masterproeven via het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO). Dit werd gedaan aan de hand van de zoektermen ‘kinesitherapie voorschrift’ en ‘kinesitherapie communicatie’.

2.2. Resultaten

Na het toepassen van de hierboven beschreven zoekstrategie, werden in totaal 10 publicaties weerhouden voor deze literatuurstudie. De meeste van deze publicaties werden gevonden in de grijze literatuur; de zoektocht in de ICHO database met masterproeven van voormalige HAIO's leverde 7 bruikbare publicaties op die weerhouden werden voor deze literatuurstudie. Uit de quaternaire bronnen werden één richtlijn en twee LOK-modules geselecteerd. De tertiaire en secundaire bronnen leverden geen bruikbare publicaties op. De literatuurzoektocht in de primaire bronnen leverde veel resultaten op, waarvan uiteindelijk drie publicaties weerhouden werden.

Quaternair	NHG	N=1	Inclusie N=1
	Domus Medica	N=2	Inclusie N=2
	Ebpracticenet	N=0	Inclusie N=0
Tertiair	Minerva	N=0	Inclusie N=0
	Clinical Evidence	N=0	Inclusie N=0
Secundair	The Cochrane Library	N=2	Inclusie N=0
	PEDro	N=11	Inclusie N=0
Primair	Pubmed	N>100	Inclusie N=3
	Embase		
	Google Scholar		
Grijze literatuur			Inclusie N=7
			Totaal Inclusie N=13

Tabel 1 Resultaten volgens geraadpleegde bronnen

De schriftelijke communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten en de informatiebehoeftes van beide zorgverleners werd voor het eerst onderzocht door Scaffardi[1] in 1989. In deze studie werden 200 voorschriften van 14 huisartsen door een kinesitherapeut beoordeeld. Hieruit bleek dat een accurate diagnose, en het vermelden van relevante medische problemen en het verwachte doel van de behandeling als essentieel door de kinesitherapeut ervaren werden. De huisartsen ervoeren dat de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut uit eenrichtingsverkeer bestond, namelijk van de huisarts naar de kinesitherapeut, en wensen meer feedback. De essentiële informatie die zij uit deze feedback wensten te halen, hadden betrekking op de bereikte resultaten van de behandeling, de beoordeling van het probleem door de kinesitherapeut en toekomstige opties voor behandeling.

In het onderzoek van Clemence[2] uit 2003 werden 22 semigestructureerde interviews afgenomen van huisartsen, kinesitherapeuten en patiënten. Hieruit bleek dat de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut een belangrijke rol speelt in gericht en geschikt verwijzen. De variatie in kwaliteit van deze communicatie bleek groot, en beide partijen wensen meer communicatie. Zo wensen huisartsen feedback te krijgen van kinesitherapeuten welke verwijzingen geschikt en welke ongeschikt waren. Verder bleek dat vroegere ervaringen met kinesitherapie een significante invloed hebben op het verwijsgedrag van huisartsen.

De studie van Jørgensen[3] in 2001 in Denemarken trachtte de voorspellende factoren van de kinesitherapeutische verwijzing door de huisarts te identificeren. In totaal werden 38 231 verwezen patiënten uit 260 huisartspraktijken geanalyseerd. De locatie van de praktijk bleek een statistisch significante voorspellende factor te zijn voor de verwijzing naar een kinesitherapeut door de huisarts. De neiging van huisartsen om kinesitherapeuten te contacteren betreffende de behandeling van individuele patiënten bleek ook een statistisch significante voorspeller te zijn, hoewel de auteurs voor deze factor een risico op bias beschrijven.

De richtlijn die weerhouden werd voor deze literatuurstudie is de NHG/KNGF-Richtlijn *Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut*[4] uit 2012. Deze richtlijn is ontstaan door samenwerking van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen in Nederland, en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de overkoepelende vereniging van en voor fysiotherapeuten in Nederland. Deze richtlijn werd door beide organen in het leven geroepen wegens een gebrek aan richtlijnen voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en kinesitherapeuten, terwijl een dergelijke NHG-richtlijn voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten bij verwijzing wel reeds geruime tijd bestaat. Deze interdisciplinaire richtlijn biedt inzicht in samenwerking tussen beide partijen, evenals praktische oplossingen voor de wederzijdse informatiebehoefte. De richtlijn dient dan ook als voorbeeld voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en kinesitherapeuten.
De informatie-uitwisseling van huisarts naar kinesitherapeut zoals aanbevolen in deze richtlijn gebeurt volgens een vaste, gestructureerde indeling: envelop - kern - bijlage, die op hun beurt telkens uit meerdere rubrieken bestaat.
De *envelop* bevat rubrieken zoals administratieve en logistieke gegevens, zoals patiëntengegevens en praktijkgegevens van de verwijzende huisarts. Deze omvatten ondermeer de contactadressen via meerdere kanalen (telefoon, fax, e-mail), maar kan ook omschrijven wanneer de huisarts telefonisch bereikbaar is, om op die manier een vlotte communicatie te garanderen.
De *kern* bevat alle relevante klinische informatie over de patiënt die de kinesitherapeut snel inzicht moeten geven in de actuele problematiek en zorgvraag van de verwijzende huisarts. In de kern worden meerdere rubrieken onderscheiden, zoals vraagstelling, anamnese, lichamelijk onderzoek, relevante comorbiditeit, de voor de huidige aandoening reeds ingestelde behandeling en wat verder besproken werd met de patiënt.
Alle rubrieken met overige relevante informatie voor de verwijzing komen in de bijlage. Voorbeelden hiervan zijn medicatie, verslagen van aanvullende onderzoeken zoals beeldvorming en verslagen van specialisten, maar ook laboresultaten, psychosociale anamnese en informatie rond levensstijl kunnen, indien deze door de verwijzende huisarts voor de specifieke casus relevant worden geacht, hiertoe behoren. De verwijzende huisarts heeft de keuze om specifiek te selecteren wat relevant is voor het gezondheidsprobleem: zo kan hij/zij in de rubriek 'medicatie' de volledige medicatielijst van de verwezen patiënt voegen, of kan hij/zij zich beperken tot enkel pijnmedicatie voor musculoskeletale klachten.

De wederzijdse informatie-uitwisseling, met name die van kinesitherapeut naar de huisarts van de behandelde patiënt gebeurt via een gelijkaardige structuur. Deze vorm is in Nederland een belangrijke tool gezien de uitgebreide mogelijkheid om als patiënt direct toegang te zoeken tot de kinesitherapeut (DTF= Directe Toegang tot de Fysiotherapie). Deze vorm is in België minder in gebruik gezien een kinesitherapeutisch voorschrift verplicht is om een behandeling uit te voeren en de vergoedbare verstrekkingen terug te betalen. Het kan echter wel een leidraad zijn in het opstellen

van een kinesitherapeutisch verslag, bijvoorbeeld na het afronden van de therapie. Relevante rubrieken in de *kern* van deze informatie-uitwisseling zijn bijvoorbeeld kinesitherapeutische diagnose, het behandelverloop, en een aanbeveling voor verdere opvolging door de verwijzende huisarts.
Deze richtlijn benadrukt dat implementatie van deze aanbevelingen pas mogelijk is mits ondersteuning vanuit de informatiesystemen zoals de verschillende computerprogramma's die door beide zorgverleners gebruikt worden.

Via Domus Medica, de Belgische huisartsenvereniging die te vergelijken valt met zijn Nederlandse evenknie NHG, werden twee publicaties[5,6] weerhouden. Het betreft twee handleidingen van modules ter organisatie van een LOK-vergadering. De eerste module[5] dateert uit 2003, en werd later herzien in 2013. De LOK-vergadering die bij deze module hoort, heeft het kinesitherapievoorschrift als focus. Het draaiboek beschrijft hoe tijdens de LOK-vergadering de wettelijke vereisten van een voorschrift toegelicht worden, terugbetalingcriteria, evenals een overzicht van E- en F-pathologie en speciale situaties aan de hand van casussen. Het doel van deze LOK is het wegwijs maken van artsen in het voorschrijven van kinesitherapie. De tweede module[6], die dateert uit 2004, heeft als doel het bespreken van bestaande en mogelijke vormen van communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Daar waar de eerste module zich eerder toespitst op het wettelijk kader van het voorschrijven van kinesitherapie, belicht deze tweede module eerder het communicatieve aspect in de relatie tussen arts en kinesitherapeut. De aanwezigheid van zowel huisartsen als kinesitherapeuten op deze LOK-vergadering laat de mogelijkheid om bedenkingen van beide partijen te uiten. Daar het gezondheidsmedewerkers uit eenzelfde regio betreft, is het mogelijk om op die manier op constructieve en creatieve wijze een lokale consensus te bereiken rond bijvoorbeeld informatieoverdracht. Uiteindelijk doel van dergelijke consensus rond samenwerken is het bevorderen van het welzijn van de patiënt.

De communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut werd in 2010 onderzocht in kader van een masterproef huisartsgeneeskunde[7]. De auteur constateerde hier dat het kinesitherapievoorschrift, hetzij schriftelijk of elektronisch, het primair communicatiemiddel tussen huisarts en kinesitherapeut was. In het observationeel onderzoek dat deel uitmaakte van dit proefschrift werd nagegaan of de kinesitherapievoorschriften aan de wettelijke normen voldeden. Hiervoor werden 266 kinesitherapievoorschriften, die verkregen werden via meerdere regionale afdelingen van de Christelijke Mutualiteit (CM), geanalyseerd op inhoud. Uit deze analyse bleek dat er 245 (92.1%) voorschriften volledig ingevuld waren; slechts 21 (7.9%) van de voorschriften waren onvolledig. Van deze voorschriften waren er 175 (65.8%) handgeschreven, en werden 13 (7.4% van de handgeschreven voorschriften) van deze handgeschreven voorschriften als onleesbaar beoordeeld. De diagnose, een wettelijk verplicht in te vullen onderdeel van het voorschrift, was afwezig of onleesbaar op 27 (10.2%) voorschriften. Op bijna 45% van alle voorschriften stond "massage" aangeduid als therapie. Aanvullend werd een kwalitatief onderzoek verricht door middel van semigestructureerde interviews bij 10 kinesitherapeuten. Hieruit bleek dat kinesitherapeuten meer informatie wensen over de patiënt (voornamelijk voorgeschiedenis en het verslag van eventueel radiologisch onderzoek), en dat zij verkiezen dat huisartsen de therapie en frequentie niet

specificeren indien zij hierover onvoldoende kennis hebben. Ook de algemene en vage diagnoses, zoals “lumbalgie” of “schouderpijn” werden als verbeterpunt geformuleerd. Verdere aandacht dient volgens hen uit te gaan naar leesbaarheid en administratieve volledigheid, zoals datum en handtekening. Alle ondervraagde kinesitherapeuten gaven aan weinig verslagen naar de huisarts te sturen, omwille van de indruk van desinteresse van de huisarts, de afwezigheid van feedback hierop door de huisarts, tijdsgebrek, de onnodigheid bij goed evoluerende patiënten, en de overtuiging dat deze verslagen door huisartsen niet gelezen worden. De meerderheid van de ondervraagde kinesitherapeuten gaf ten slotte aan dat er te weinig gecommuniceerd wordt, met tijdsgebrek van beide partijen als voornaamste oorzaak. De adviezen die werden aangereikt om de communicatie te bevorderen, bestonden ondermeer uit méér communiceren, elkaar persoonlijk leren kennen door zich voor te stellen, en onderling een moment afspreken voor patiëntoverleg. De auteur besluit dat indien de huisarts een verslag wenst, dit best door hem of haar aangegeven wordt op het voorschrift, en dat na ontvangen van dit verslag best feedback gegeven wordt aan de kinesitherapeut om zo de communicatieve relatie tussen beide partijen te onderhouden.

Het verwijsgedrag van huisartsen werd in een masterproef[8] uit 2013 bestudeerd aan de hand van een enquête die door 26 huisartsen werd ingevuld. Hieruit blijkt dat 100% van hen regelmatig patiënten naar kinesitherapeuten verwijst, en dat dit door één derde van hen steeds naar dezelfde kinesitherapeut gebeurt. De kennis van de competenties en subspecialisaties van andere zorgverleners werd door 70% van de bevraagde huisartsen positief bevonden. Wanneer de kennis van deze competenties en subspecialisaties bekeken wordt voor alle specialisten en paramedici samen (zoals ondermeer ook psychologen, verpleegkundigen, diëtisten, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten) blijkt deze in het geval van kinesitherapeuten het grootst te zijn in vergelijking met andere zorgverstrekkers. Er wordt ook besloten dat er een correlatie is tussen het aantal jaren dat de arts als huisarts werkzaam is en het kennen van dergelijke competenties en subspecialisaties van de hulpverlener. Aansluitend werden informatiebronnen betreffende de hulpverleners uit de regio bevraagd. Hieruit bleken 24 (92.3%) huisartsen zich vooral te beroepen op eigen ervaringen met hulpverleners. Daarnaast wordt een collega binnen de praktijk bij 15 (57.7%) huisartsen als bron aangegeven, en zegt exact de helft van de bevraagde huisartsen over een eigen sociale kaart te beschikken. Volgens een grote meerderheid is er nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners uit de regio, en dit vooral door artsen met weinig jaren beroepsoefening. De competenties en subspecialisaties van paramedici werden als één van de drie meest belangrijke gegevens van dergelijk overzicht geacht. Van de 26 bevraagde huisartsen vinden er 20 (76.9%) dat een persoonlijke ontmoeting met hulpverleners, waarbij deze zijn of haar competenties schetst, een meerwaarde biedt. Zestien (61.5%) huisartsen geven aan dat zij hiervoor tijd willen vrijmaken.

In een masterproef[9] tot het behalen van de titel van huisartsgeneeskunde uit 2013 werd de kennis van huisartsen over het kinesitherapievoorschrift onderzocht, evenals wat de meest voorkomende fouten op het kinesitherapievoorschrift zijn. Voor het in kaart brengen van de kennis van huisartsen over het kinesitherapievoorschrift werd een online vragenlijst beantwoord door 40 Limburgse huisartsen. Zij werden bevraagd rond de verplichte elementen en de zogenaamde “eventueel te vermelden” elementen volgens de riziv-criteria. Hun kennis over de wettelijk verplichte elementen

scoort hoog. Het specificeren van de aard van de kinesitherapeutische behandeling werd door 24 huisartsen (60%) als verplicht geacht, hoewel dit onder de “eventueel te vermelden” (optionele) elementen valt. Om de meest voorkomende fouten op het kinesitherapievoorschrift van naderbij te bekijken, werden Axxon-leden gevraagd om foutieve of onvolledige voorschriften te verzenden. Dit leverde 250 foutieve voorschriften op, waarop in totaal 267 fouten gemaakt werden. Net niet de helft van alle foutieve voorschriften (49.3%) werd voorgeschreven door de huisarts. De meest voorkomende fout was het ontbreken van een datum, en dit bij 80 (29.9%) voorschriften. Ongeveer een vijfde van de ingezonden voorschriften voldeed niet aan de wettelijke vereisten omdat de diagnose ontbrak. Het niet vermelden dat het een huisbezoek was met 37 (13.1%) foutieve voorschriften de derde meest gemaakte fout. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit laatste ten tijde van dit proefschrift de wettelijke norm was, maar dat het vermelden of het een huisbezoek betreft sinds 1 november 2015 niet langer door de arts op het voorschrift vermeld moet worden.

Nog een andere masterproef[10] onderzocht in 2014 de communicatie tussen (huis)artsen en kinesitherapeuten door een gestructureerde vragenlijst te versturen naar huisartsen, kinesitherapeuten, specialisten en patiënten. De vragenlijst telde 380 respondenten, waarvan 134 huisartsen, 184 kinesitherapeuten, 11 specialisten, en 52 patiënten. Van alle respondenten vindt 25% dat er voldoende gecommuniceerd wordt tussen arts en kinesitherapeut. Respectievelijk 21% en 22% van de huisartsen en kinesitherapeuten vindt dat er voldoende gecommuniceerd wordt tussen arts en kinesitherapeut. De perceptie van huisartsen en kinesitherapeuten rond hun onderlinge communicatie scoort hiermee beduidend slechter dan de opvatting vanuit patiëntenperspectief: 45% van de bevraagde patiënten ervoer de communicatie tussen arts en kinesitherapeut als voldoende. De grote meerderheid (86%) van de bevraagde personen uit alle groepen was vragende partij voor een verdere uitbouw van elektronische communicatiemiddelen. Dit is in lijn met de bevinding dat 76% van de kinesitherapeuten en 90% van de artsen de voorkeur heeft om patiëntenverslagen via elektronische weg te versturen en ontvangen, maar staat verder in contrast met de vaststelling dat slechts 26% van alle bevraagde personen aangeeft E-Health te kennen, en amper 9% de E-Health onderdelen meta-hub en vitalink. Slechts 14% van de artsen en kinesitherapeuten vindt dat artsen voldoende voorkennis hebben over het kinesitherapeutisch beroep. Vooral de oudere huisartsen (56+) schatten hun voorkennis eerder als voldoende in. De meerderheid van zowel huisartsen, kinesitherapeuten als patiënten, respectievelijk 89%, 95% en 98%, vindt dat kinesitherapeuten elektronisch toegang moeten kunnen verkrijgen tot relevante medische beeldvorming. Wat betreft de elektronische toegang tot relevante medische voorgeschiedenis zien we een meer beschermende of terughoudende huisartsenpopulatie: slechts de helft van de huisartsen is hier voorstander van, in tegenstelling tot 88% van de kinesitherapeuten en 78% van de patiënten. Onder de huisartsen is 41% voorstander voor het invullen, en daarmee wettelijk binden tot uitvoeren van een behandelvoorstel. Slechts 15% van de bevraagde kinesitherapeuten deelt deze mening. Hieruit, alsook uit de tekstuele antwoorden uit deze vragenlijst blijkt een terugkomende vraag van kinesitherapeuten voor meer therapeutische vrijheid en beslissingsrecht.

In 2015 vormde de perceptie van patiënten met betrekking tot de communicatie en samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten het onderwerp van een masterproef huisartsgeneeskunde[11].

Dit gebeurde aan de hand van een vragenlijst die door patiënten tweemaal ingevuld werd: eenmaal voorafgaand en eenmaal na een systematisch telefonisch overleg tussen huisarts en kinesitherapeut waarbij de diagnose en relevante medische voorgeschiedenis en/of onderzoeken werden meegedeeld. De perceptie van patiënten op deze onderlinge samenwerking werd positiever na deze interventie, zoals ondermeer minder perceptie van onderlinge kritiek en een betere perceptie over de begeleiding door de huisarts en kinesitherapeut.

In een masterproef[12] die geschreven werd aan de UGent in 2016, werd de fysische activiteit op voorschrift onderzocht. Hierbij werden 20 kinesitherapeuten bevraagd door middel van een enquête. Naast peilingen naar fysische activiteit op verwijzing werd ook gepeild naar hun samenwerking met huisartsen. Maar liefst 18 van hen (90%) ervoer hun samenwerking met huisartsen als goed of zeer goed. Wat betreft het voorschrift dat zij van de verwijzende huisarts ontvangen, blijkt 72.2% "ongeveer tevreden" te zijn, en geeft 22.2% van hen aan hierover niet tevreden te zijn. Verder zijn zij quasi allen (95%) overtuigd dat een betere samenwerking tussen beide partijen kan bijdragen tot meer bewegingspromotie.

Nog in 2016 werd in een masterproef huisartsgeneeskunde[13] de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut onderzocht. Ook hier gebeurde het onderzoek aan de hand van een vragenlijst rond ondermeer het kinesitherapeutisch voorschrift en de informatiebehoefte. Deze vragenlijst werd naar huisartsen en kinesitherapeuten verstuurd en werd door 53 huisartsen en 169 kinesitherapeuten ingevuld. Hieruit blijkt dat slechts 17% van de ondervraagde zorgverleners de huidige communicatie voldoende vond. De kennis over het kinesitherapeutisch beroep wordt door 42% van de huisartsen als slecht of onvoldoende ingeschat; in deze groep huisartsen is dit voor 71% van hen een struikelblok in hun onderlinge communicatie met kinesitherapeuten. De meeste huisartsen (80%) zijn dan ook overtuigd dat een voldoende kennis van het kinesitherapeutisch beroep de communicatie met de kinesitherapeut kan bevorderen. Verdere barrières die een vlotte communicatie belemmeren omvatten het gebrek aan persoonlijk contact tussen beide partijen, en een minderwaardigheidsgevoel van kinesitherapeuten tegenover de verwijzende huisarts. Wanneer de verwijzing van naderbij bekeken wordt, blijkt dat 46% van de huisartsen de relevante medische voorgeschiedenis vermeldt, terwijl dit door 69% van de kinesitherapeuten gewenst wordt. Net geen driekwart van de huisartsen (72%) schrijven een behandelvoorstel op het voorschrift. Binnen deze groep bedoelt 86% dit als suggestie en dus niet limiterend, hoewel het vermelden van een behandeling op het voorschrift voor de kinesitherapeut bindend is en hem/haar hiermee verplicht deze behandeling uit te voeren. In totaal 94% van de bevraagde huisartsen wenst een verslag van de kinesitherapeut; 84% van de kinesitherapeuten geeft aan dit te doen. Dergelijke verslagen vinden volgens de meerderheid van beide partijen hun nut indien er zich tijdens de behandeling een probleem stelt. Aansluitend vond een bijeenkomst van 11 artsen en 10 kinesitherapeuten plaats waarbij getracht werd de pijnpunten van de communicatie bloot te leggen en deze te verbeteren. Hieruit bleek de consensus dat de aard van de behandeling best kan ingeschat worden door de kinesitherapeut daar de huisarts de inhoud van de kinesitherapeutische behandelingen en de indicaties hiervoor vaak onvoldoende kent.

2.3. Conclusie

Zoals hierboven geïllustreerd werd, werd de vorm van communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut reeds uitvoerig bestudeerd. Ook de beschikbaarheid van LOK modules via Domus Medica rond de diverse aspecten van de kinesitherapeutische verwijzing en de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut illustreert dat deze kwestie 'hot topic' is.

Het merendeel van zowel huisartsen als kinesitherapeuten ervaart dat er onderling te weinig gecommuniceerd wordt over de patiënt en over de interdisciplinaire samenwerking. Ook bij patiënten leeft deze perceptie, en zouden er aanwijzingen zijn dat meer communicatie tussen beide zorgverleners ervoor zorgt dat de patiënt een betere begeleiding ervaart tijdens zijn of haar behandeling. Maar niet enkel de patiënt zou baat hebben bij een betere communicatie. Huisartsen en kinesitherapeuten geven immers beiden aan dat er meer informatie-uitwisseling nodig is. Enerzijds wensen de huisartsen een verslag van de kinesitherapeut; anderzijds verwachten kinesitherapeuten van de huisarts een kinesitherapievoorschrift met een correcte diagnose, zo nodig gestaafd met bijlagen, en met voldoende ruimte voor therapeutische vrijheid.

Uit deze literatuurstudie blijkt dat het huidige kinesitherapievoorschrift grote tekortkomingen kent. De door huisartsen vermelde diagnose wordt vaak als 'te vaag' bevonden. Het vermelden van een therapie vormt een belemmering voor de kinesitherapeut in zijn of haar behandeling. Oorzaak van beide gebreken is mogelijks een onvoldoende voorkennis van artsen over het kinesitherapeutisch beroep. Ook het huidige sjabloon van het kinesitherapievoorschrift (diagnose, behandeling, frequentie), vertoont grote verschillen met de 'envelop-kern-bijlage'-structuur.

Ervaring en kennis blijken de pijlers in de verwijzing naar een kinesitherapeut. Kennis van de kinesitherapeuten in het netwerk rond de huisarts wordt opgedaan door ervaring, waardoor er een hiaat blijft wanneer jonge of nieuwe artsen zich vestigen. Dit hiaat zou opgevuld kunnen worden door persoonlijke ontmoeting tussen zorgverleners, waarna de verdere communicatie, onder vorm van verwijzingen en verslagen, meer ICT-ondersteuning vereist.

Uit deze literatuurstudie blijkt verder dat de impact van de sociale kaart op de verwijzing en samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut quasi onontgonnen terrein is. Deze masterproef beoogt aansluitend ook deze aspecten te onderzoeken.

3. Onderzoek

3.1. Methode

3.1.1. Enquête

Het doel van het eigen onderzoek is nagaan hoe de communicatie en verwijzing tussen huisartsen en kinesitherapeuten verloopt, alsook wat hun visie op de sociale kaart is. Om dit in kaart te brengen werden twee gelijkaardige vragenlijsten opgesteld, enerzijds voor huisartsen en anderzijds voor kinesitherapeuten, waarbij zij gepeild werden naar hun bevindingen omtrent deze aspecten. De vragen uit deze vragenlijst werden opgesteld, overeenkomstig met de resultaten van het voorafgaand literatuuronderzoek, en werden geviseerd door de promotor en co-promotor. De enquête werd online opgemaakt met behulp van qualtrics.com. De enquête voor huisartsen werd per e-mail verstuurd naar de leden van de huisartsenkring Panacea en de Oudenaardse Vereniging voor Omnipractici (OVO), aangezien de opleidingspraktijk van Dr. De Bleeckere Lieselot hiertoe behoort. Op deze manier werden uiteindelijk 203 huisartsen bereikt. De enquête voor kinesitherapeuten werd per e-mail verstuurd naar de lokale Axxon kring van Oudenaarde-Ronse en de kinesitherapeuten in de buurt van de praktijk van wie het e-mailadres beschikbaar was. Op deze manier werden 161 kinesitherapeuten bereikt. Na een looptijd van drie maanden werd de enquête gesloten en de gegevens verzameld. De gegevens werden met behulp van Excel geanalyseerd.

3.1.2. Lokale kwaliteitsgroep (LOK)

Er werd contact opgenomen met de LOK-verantwoordelijke van de huisartsenkring Panacea. Er werd gevraagd om tijdens een LOK (Lokale Kwaliteitsgroep)-vergadering de resultaten van de enquête toe te lichten en interactief te bespreken met de aanwezige huisartsen. Deze LOK-vergadering ging door op 8 november 2017 te Lierde. Na doornemen van het informatieformulier werd het toestemmingsformulier voor deelname aan de studie door de aanwezige huisartsen ondertekend. De aanwezige huisartsen werden verdeeld in groepen van twee à drie. Elke groep kreeg een tweetal stellingen voorgeschoteld die vooraf geformuleerd werden uit de resultaten van de enquête. Elke groep kreeg een kwartier om deze stelling te bespreken. Vervolgens werden de stellingen overlopen en werden de opmerkingen die door de groep geformuleerd werden, bediscussieerd. Huisartsen uit andere groepen kregen de mogelijkheid om hun eventuele opmerkingen hieraan toe te voegen.

Eveneens werd de Axxon-voorzitter van de regio Oudenaarde-Ronse gecontacteerd met de vraag om een gelijkaardige vergadering te organiseren met kinesitherapeuten. Dit vond plaats op 26 januari 2018 te Oudenaarde. Het informatieformulier werd aan de aanwezigen aangereikt en het toestemmingsformulier werd ondertekend om de deelname aan de studie te bevestigen. De aanwezige kinesitherapeuten werden verdeeld in vijf groepen, en kregen elk een tweetal stellingen aangereikt. Deze stellingen waren exact dezelfde als de stellingen die eerder aan de huisartsen aangeboden werden. Op dezelfde interactieve manier als tijdens de LOK met huisartsen, zoals hierboven beschreven, werden deze stellingen ook door de kinesitherapeuten becommentarieerd.

Beide vergaderingen werden opgenomen, opgeslagen als geluidsbestand en uitgeschreven.

3.2. Resultaten

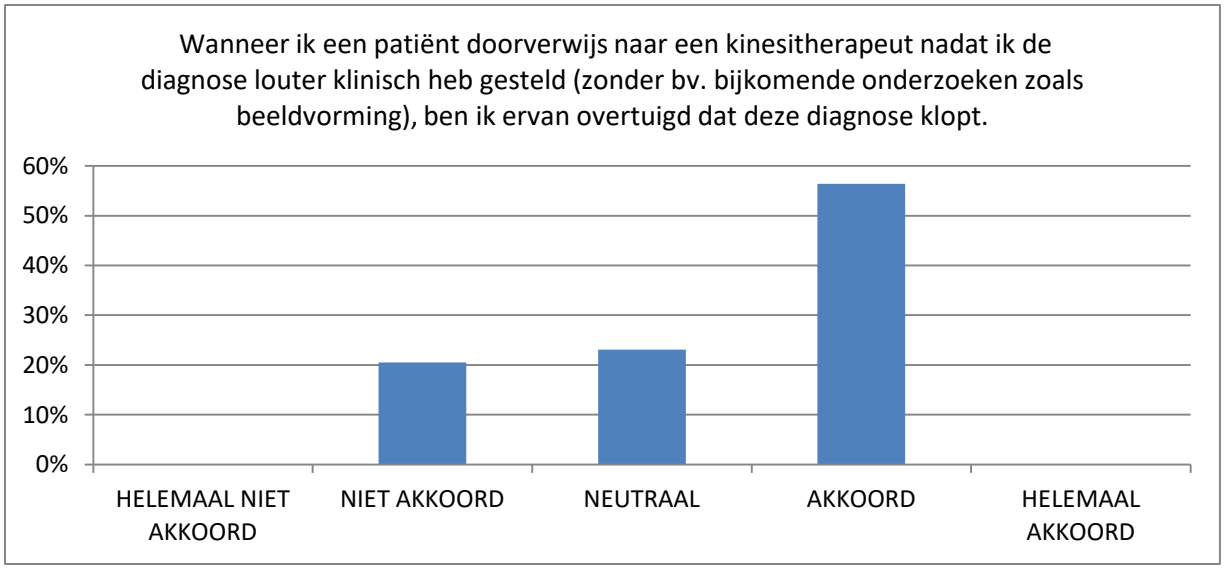
3.2.1. Enquête

In totaal werden 77 antwoorden verzameld, waarvan 42 door huisartsen en 35 door kinesitherapeuten. De vragenlijst voor huisartsen werd door 38 (90%) volledig ingevuld; in de groep kinesitherapeuten betrof dit 28 (80%).

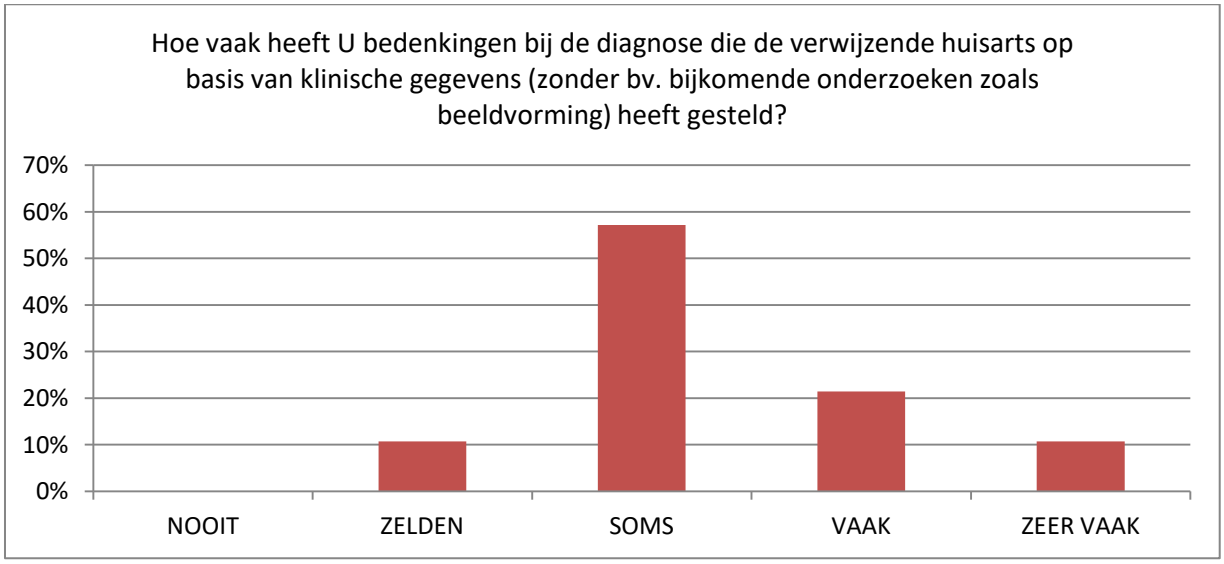
Het kinesitherapievoorschrift werd als eerste onder de loep genomen. Hierbij werden huisartsen bevraagd naar hun opinie omtrent de diagnose, therapie en bijlagen die zij in hun verwijzing implementeren. De kinesitherapeuten werden bevraagd over wat zij vonden van de voorschriften die zij van huisartsen ontvangen, en dit meer bepaald voor de aspecten diagnose, therapie en bijlagen. Ook werd er gepeild naar de struikelblokken voor communicatie met de huisarts.

Omdat huisartsen en kinesitherapeuten steeds gelijkaardige vragen rond eenzelfde thema aangeboden kregen, is het mogelijk om de tegenstellingen en overeenkomsten tussen beide groepen te beschrijven. De resultaten werden geanalyseerd en uitgezet in grafieken. Om een overzichtelijke visualisatie van de grafieken te bekomen werd in deze resultatenbeschrijving ervoor gekozen om de huisartsen met blauwe kleur aan te geven, en de kinesitherapeuten met een rode kleur.

De eerste vraag met betrekking tot het kinesitherapievoorschrift peilde naar de diagnose die vermeld staat. Huisartsen werden gevraagd aan te geven in welke mate zij overtuigd waren dat de diagnose die zij klinisch gesteld hadden (zonder bijkomende onderzoeken zoals beeldvorming), de correcte diagnose is. Zij deden dit door dit aan te geven op een schaal met 5 punten, gaande van ‘helemaal niet akkoord’, ‘niet akkoord’, ‘neutraal’, ‘akkoord’, tot ‘helemaal akkoord’. Anderzijds werden kinesitherapeuten bevraagd hoe frequent zij bedenkingen hebben bij dergelijke door huisartsen gestelde klinische diagnoses van musculoskeletale aandoeningen. Zij konden deze frequentie aangeven op een gelijkaardige 5-puntenschaal, gaande van ‘nooit’, ‘zelden’, ‘soms’, ‘vaak’, tot ‘zeer vaak’.

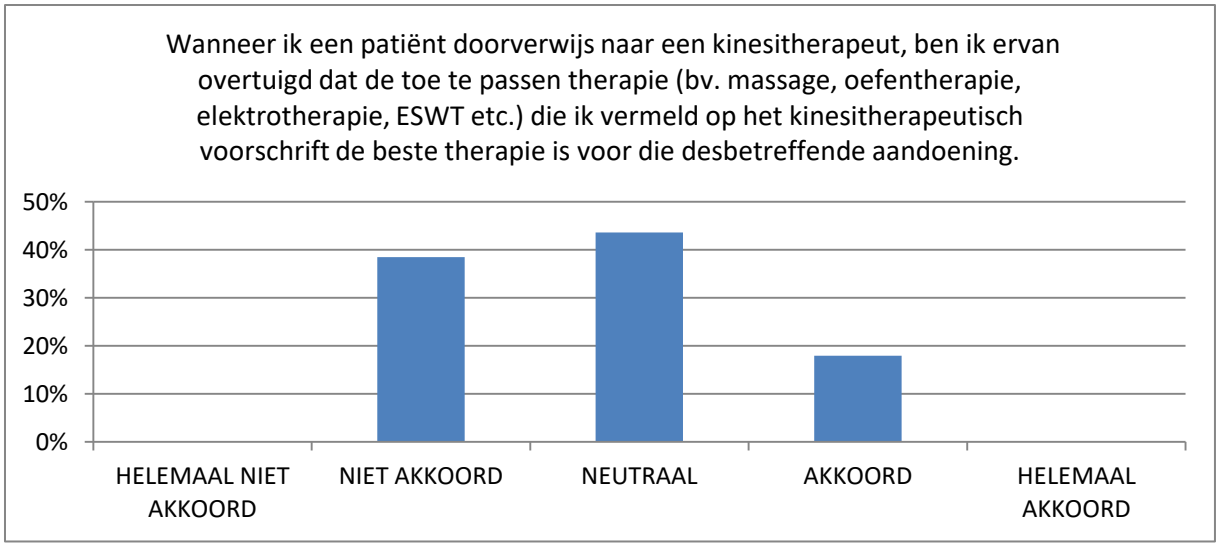


Figuur 1 Huisartsen (N=39) over hun klinische diagnoses

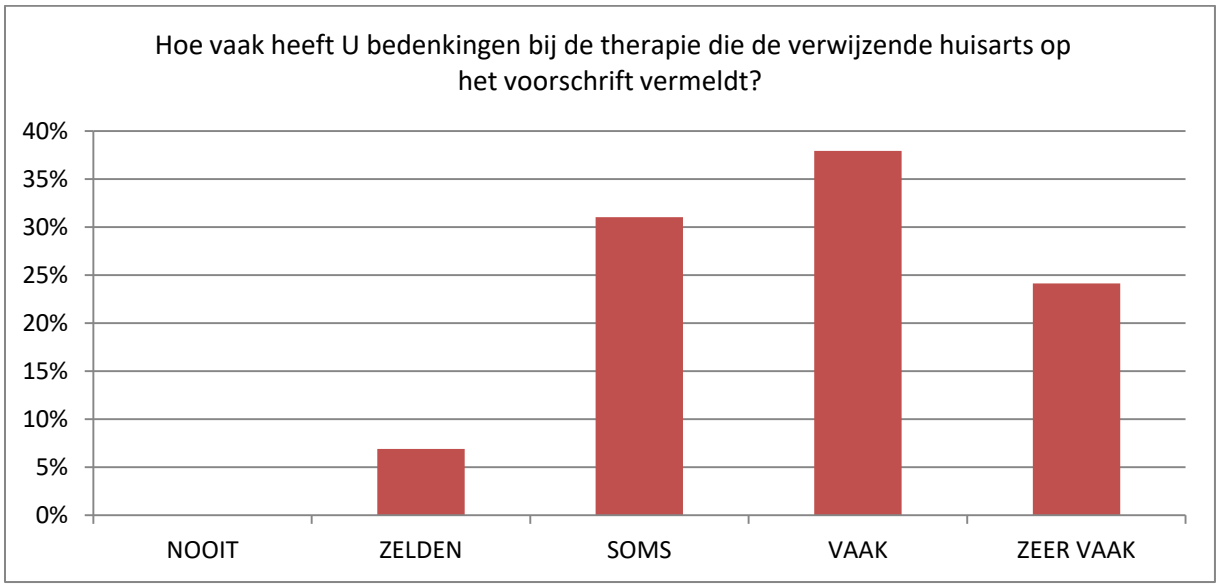


Figuur 2 Kinesitherapeuten (N=28) over de klinische diagnoses door huisartsen

Meer dan de helft van de huisartsen (56%) is overtuigd van de correctheid van zijn of haar klinische diagnose waarvoor de patiënt verwezen wordt. Toch blijkt in totaal 89% van de kinesitherapeuten twijfels te hebben bij deze diagnoses, met een onderverdeling van 57% die dit soms heeft, 21% vaak, en 11% zelfs zeer vaak.



Figuur 3 Huisartsen (N=39) over de therapie die zij op het voorschrift vermelden



Figuur 4 Kinesitherapeuten (N=29) over de therapie die huisartsen op het voorschrift vermelden

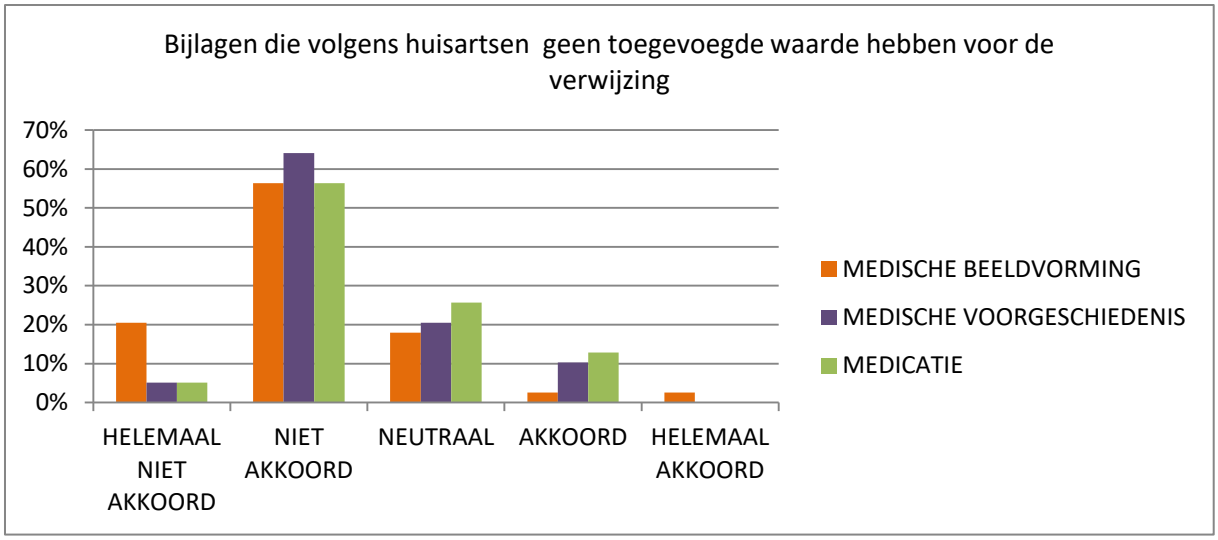
Wanneer de huisartsen gevraagd werden of zij achter de door hen vermelde therapiekeuze stonden, zien we dat 38% van hen aangeeft niet te weten wat de beste therapie is voor de desbetreffende aandoening waarvoor verwezen wordt. Dit is ongeveer het dubbele van het aantal huisartsen dat wel overtuigd is van de correctheid van zijn of haar therapiekeuze (18%). Dit fenomeen zien we in de groep kinesitherapeuten zelfs nog duidelijker: bijna tweederde van de kinesitherapeuten heeft vaak (38%) of zeer vaak (24%) twijfels bij de therapie die huisartsen op het voorschrift vermelden.

Deze bedenkingen staan ook in lijn met de bevindingen over de therapie die effectief toegepast wordt: de grote meerderheid van de bevraagde kinesitherapeuten (N=29) is niet akkoord (62%) of zelfs helemaal niet akkoord (17%) met de stelling dat zij steevast de door de huisarts vermelde therapie toepassen, wanneer zij aan deze therapiekeuze twijfelen. De minderheid van de kinesitherapeuten zal dit dan ook melden aan de huisarts (14% nooit, 34% zelden, 28% soms, 21%

vaak en 3% zeer vaak). Iets minder dan de helft (45%) geeft aan te denken dat de huisarts dergelijke contactreden niet op prijs zou stellen. Wanneer gepeild wordt naar de redenen hiervoor, geeft iets meer dan een kwart (28%) van de kinesitherapeuten (N=29) dat angst om de huisarts te storen het struikelblok is, gevolgd door 21% die vreest dat de huisarts in kwestie in de toekomst minder patiënten naar hem of haar zal verwijzen. De perceptie van gebrek aan respect voor de deskundigheid van de verwijzende huisarts wordt slechts door 7% van hen als mogelijke reden opgegeven.

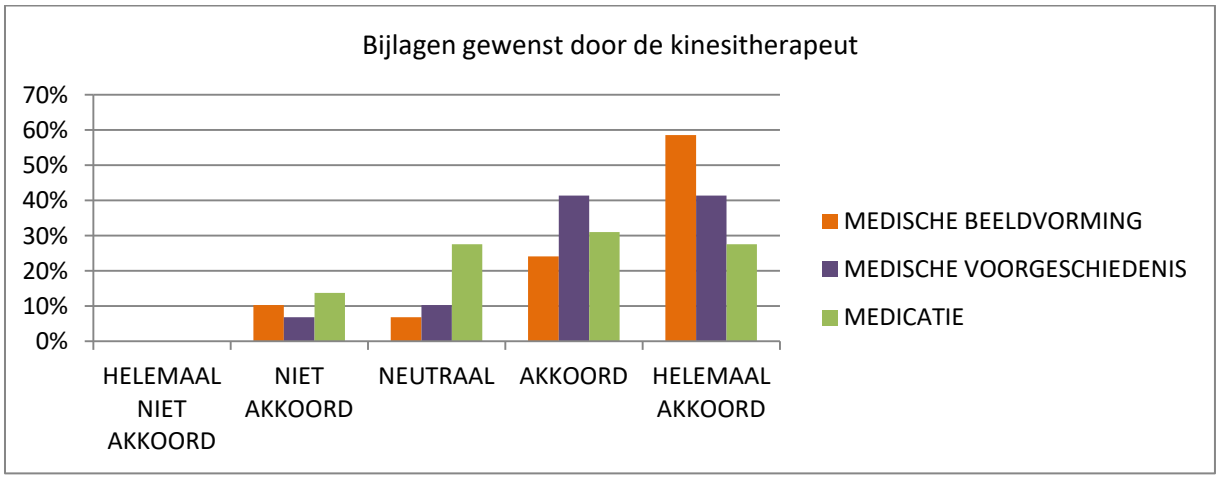
Verder zien we dat exact tweederde (67%) van de huisartsen (N=39) niet akkoord gaat met de stelling dat zij meer bekwaam zijn dan de kinesitherapeut om de juiste soort therapie te specificeren, gevolgd door 15% die helemaal niet akkoord gaat. Een minderheid van 15% heeft een neutrale mening over deze stelling, en amper 3% gaat akkoord. Een gelijkaardige vaststelling wordt gedaan wanneer de huisartsen (N=38) bevraagd werden of zij vinden dat een kinesitherapeut gezien zijn of haar expertise zelf de therapie mag bepalen; net geen driekwart (74%) is hiermee akkoord, en 11% zelfs helemaal akkoord. Niet alleen blijken huisartsen dus te vinden dat kinesitherapeuten zelf de therapie zouden mogen bepalen; ook wordt gezien dat 85% van de huisartsen (N=39) vinden dat de kinesitherapeut mag afwijken van de door de huisarts gespecificeerde therapie, wanneer de kinesitherapeut volgens zijn of haar expertise hier redenen voor heeft. Een evenredig deel van de huisartsen (84.6% in totaal, gespreid over 59% ‘akkoord’ en 26% ‘helemaal akkoord’) geeft wel aan in dergelijk geval op de hoogte gebracht te willen worden van deze therapiewijziging.

Naast diagnose en therapie werd ook gepeild naar de bijlagen die bij de verwijzing worden gevoegd. Huisartsen werden bevraagd in welke mate zij akkoord zijn met de stelling dat een diagnose op zich voldoende informatie inhoudt voor de kinesitherapeut. Aan hen werd gevraagd om op een 5-puntenschaal gaande van “helemaal niet akkoord” tot “helemaal akkoord” aan te geven in hoeverre zij vinden dat er geen toegevoegde waarde bestaat voor medische beeldvorming van de musculoskeletale aandoening waarvoor verwezen wordt, de medische voorgeschiedenis van de patiënt, en de medicatie die de patiënt neemt.
We zien dat de meerderheid van de huisartsen niet akkoord gaat met de stelling dat bijlagen geen toegevoegde waarde hebben. Zo vindt meer dan driekwart (77%) van de huisartsen (N=39) dat verslagen van medische beeldvorming nuttig kunnen zijn voor de kinesitherapeut bovenop de diagnose. Voor het vermelden van de medische voorgeschiedenis van de patiënt en de medicatie die hij of zij neemt, inclusief eventuele pijnmedicatie voor de desbetreffende musculoskeletale problematiek, bedraagt dit respectievelijk 69% en 62%.



Figuur 5 De waarde van bijlagen volgens huisartsen (N=39)

Niet alleen de visie van huisartsen werd bevraagd, ook de wensen van de kinesitherapeuten aan de andere kant van de verwijzing werden onderzocht. Kinesitherapeuten konden op de vragenlijst aangeven in welke mate zij medische beeldvorming, medische voorgeschiedenis en de medicatielijst als bijlage wensen te ontvangen bij een verwijzing. Hieruit blijkt dat 83% (verdeeld over 24% 'akkoord' en 59% 'helemaal akkoord') van de kinesitherapeuten (N=29) het verslag van eventuele medische beeldvorming betreffende de musculoskeletale problematiek waarvoor verwezen wordt, wenst in te kijken als bijlage. Exact evenveel kinesitherapeuten wensen inzage te hebben in de medische voorgeschiedenis van de patiënt, hoewel de meningen hier eerder evenredig verdeeld zijn tussen 'akkoord' (41%) en 'niet akkoord' (41%). Tenslotte wenst 59% van de kinesitherapeuten ook de medicatielijst van de patiënt te ontvangen.

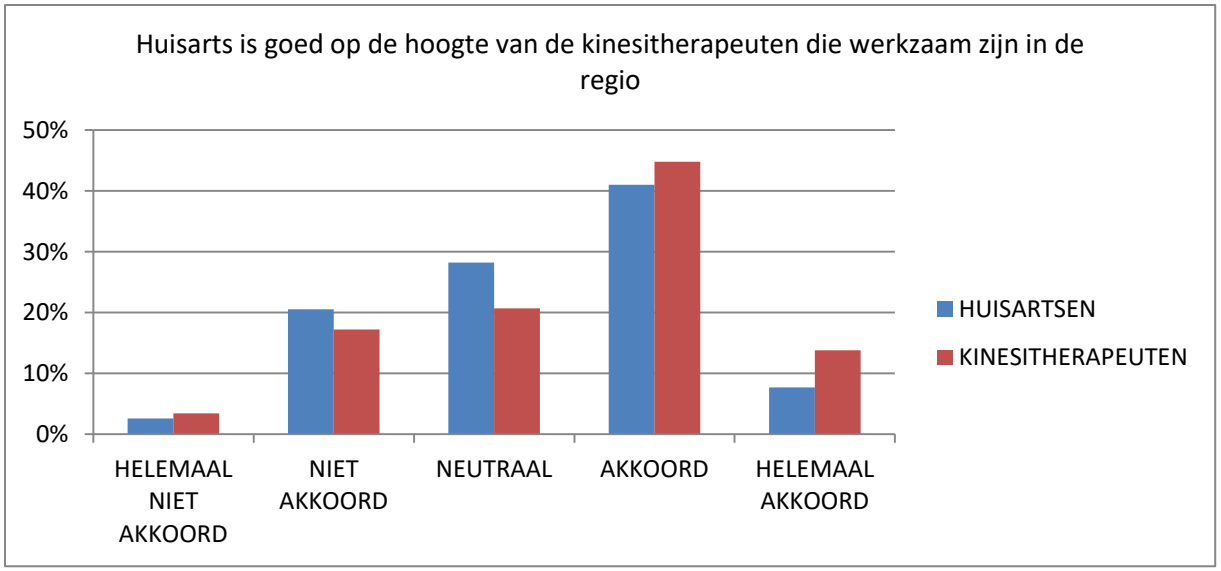


Figuur 6 Bijlagen gewenst door kinesitherapeuten (N=29)

De kinesitherapeutische verwijzing kent naast het voorschrift en de uitvoering van de behandeling ook de mogelijkheid om hierover een verslag te ontvangen. Huisartsen en kinesitherapeuten werden aan de hand van de vragenlijst bevraagd naar hun visie op dergelijke verslagen. Aan huisartsen werd gevraagd in welke mate zij feedback van de kinesitherapeut wensen over de tussentijdse progressie van de patiënt, en in welke mate zij een eindverslag wensen nadat de patiënt de therapie beëindigd heeft. Dit konden zij aangeven op dezelfde 5-puntenschaal gaande van “helemaal niet akkoord” tot “helemaal akkoord’. Uit deze peiling blijkt dat de 72% van de huisartsen (N=39) feedback wenst te ontvangen van de kinesitherapeut over de tussentijdse progressie die de patiënt maakt doorheen de therapie (10% “helemaal akkoord”’ en 62% “akkoord”). Een kleine minderheid van 5% van de huisartsen was niet akkoord met deze stelling en geeft zo aan geen waarde te hechten aan feedback over tussentijdse progressie. De bevraagde kinesitherapeuten (N=29) konden op de vragenlijst ook aangeven of zij vonden of dergelijke verslagen rond tussentijdse progressie al dan niet zin hebben. Hieruit blijkt dat 20.7% van hen vindt dat dit geen zin heeft, tegenover iets meer dan de helft (52%) die vindt dat dit wel zin heeft. Ook het opmaken van een eindverslag nadat de patiënt de behandeling afgerond heeft, wordt door 17% van de kinesitherapeuten (N=29) als weinig interessant bevonden, tegenover 55% die hier wel het nut van inziet. Bij huisartsen zien we dat zij vaak dergelijk eindverslag wensen van de kinesitherapeut: 85% van de huisartsen (N=39) wenst een eindverslag, en geen enkele van de bevraagde huisartsen gaf aan dat zij dit niet wensen. Hieruit blijkt dat er bij huisartsen een grotere wens is naar eindverslagen dan naar tussentijdse verslagen, namelijk respectievelijk 85% (waarvan 36% “helemaal akkoord” en 49% “akkoord”) en 72% (waarvan 10% “helemaal akkoord” en 62% “akkoord”).

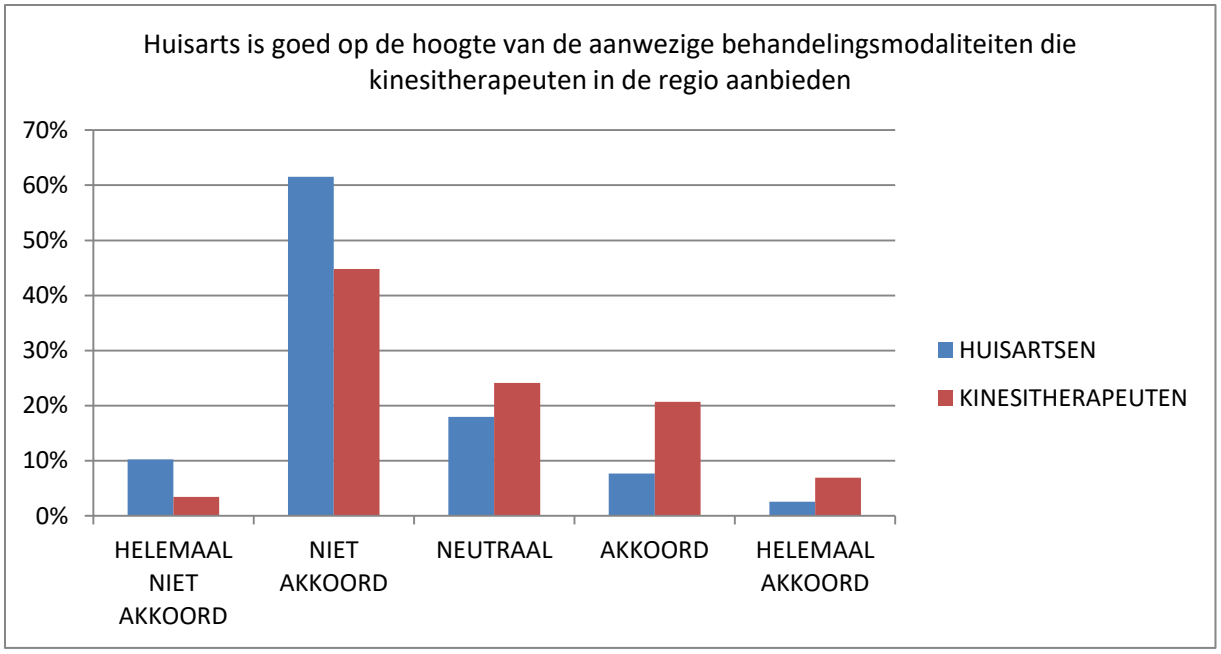
Om de rol van de sociale kaart te onderzoeken werd ten slotte bij huisartsen en kinesitherapeuten gepeild naar hoe zij elkaars professionele aanwezigheid ervoeren. Huisartsen werden gevraagd om, aan de hand van de hierboven reeds beschreven 5-puntenschaal, aan te geven in welk mate zij op de hoogte zijn van de kinesitherapeuten uit hun regio. Deze vragen hadden betrekking op de kennis van de werkzaamheid op zich van de kinesitherapeuten, de kennis van aanwezige behandelingsmodaliteiten bij de verscheidene kinesitherapeuten, en de kennis van hun eventuele ‘subspecialismen’ of specifieke interessegebieden. Anderzijds werden kinesitherapeuten op gelijkaardige wijze bevraagd naar hoe zij deze kennis van de huisartsen uit hun regio inschatten.

Hieruit blijkt dat ongeveer de helft (49%) van de huisartsen (N=39) vindt dat hij of zij goede kennis heeft van welke kinesitherapeuten in zijn of haar regio werkzaam zijn. Ongeveer een kwart (23%) verklaart hiervan echter onvoldoende op de hoogte te zijn. Deze verhoudingen komen overeen met deze die vastgesteld werden bij de deelnemende kinesitherapeuten (N=29). Wel wordt vastgesteld dat kinesitherapeuten de kennis van huisartsen omtrent hun werkzaamheid hoger inschatten dan deze in werkelijkheid door huisartsen wordt aangegeven. Zo blijkt 59% van de kinesitherapeuten te geloven dat huisartsen op de hoogte zijn dat hij of zij in diezelfde regio werkzaam is, in tegenstelling tot 49% bij huisartsen. Ongeveer één op vijf kinesitherapeuten (21%) gelooft dat de huisartsen in zijn of haar regio niet of onvoldoende op de hoogte zijn van zijn of haar werkzaamheid.



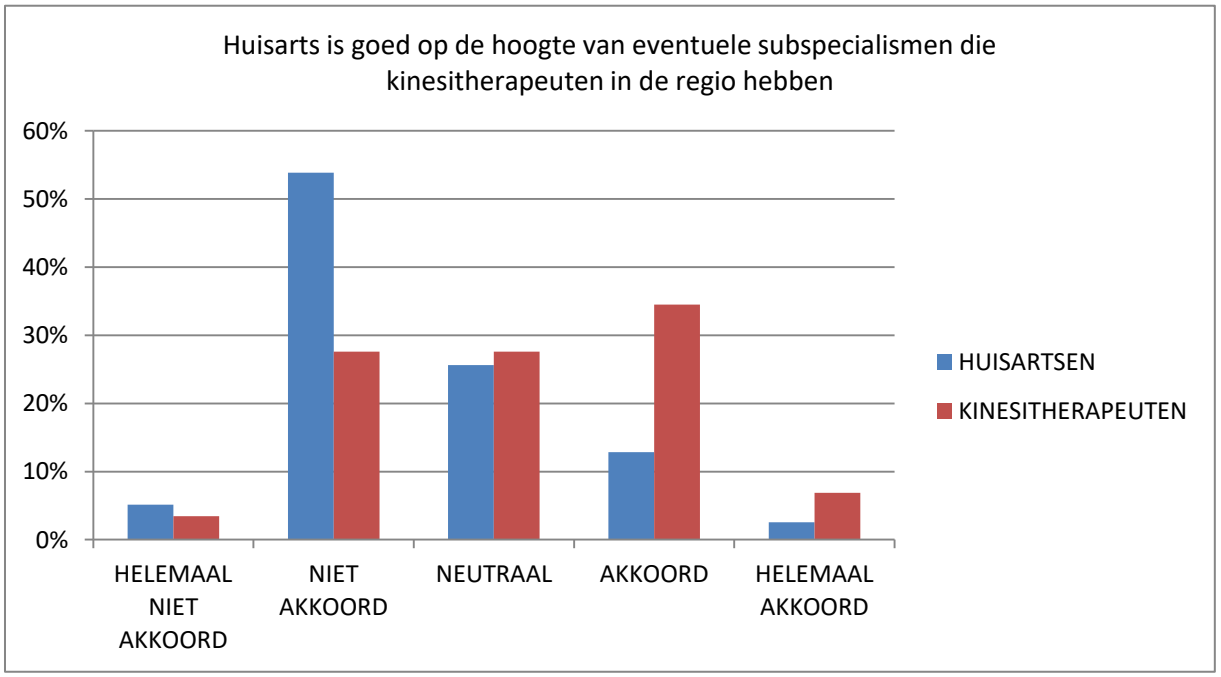
Figuur 7 Huisartsen (N=39) en kinesitherapeuten (N= 29) over de kennis van de professionele aanwezigheid van kinesitherapeuten

De kennis van de aanwezigheid van specifieke behandelingsmodaliteiten, zoals ondermeer apparatuur, wordt door huisartsen beduidend slechter ingeschat dan de werkzaamheid van kinesitherapeuten zelf. Slechts 10% van de huisartsen (N=39) vindt dat hij of zij hiervan voldoende kennis heeft, tegenover 72% van hen die vindt hier onvoldoende kennis van te hebben. Ook hier zien we dat de perceptie van kinesitherapeuten beter is dan hetgeen in werkelijkheid door huisartsen wordt aangegeven. Meer dan een kwart (28%) van de kinesitherapeuten (N=29) gelooft dat huisartsen voldoende weten welke behandelingsmodaliteiten hij of zij aan te bieden heeft, inclusief aanwezige apparatuur. Net niet de helft (48%) van hen gelooft echter dat huisartsen hierover onvoldoende kennis hebben, hetgeen in werkelijkheid ook door 72% van de huisartsen bevestigd wordt.



Figuur 8 (N=39) en kinesitherapeuten (N= 29) over de kennis van de beschikbare behandelingsmodaliteiten

Wanneer op gelijkaardige wijze gepeild wordt naar de kennis met betrekking tot de eventuele subspecialismen van kinesitherapeuten, zien we meer tegenstelling tussen de perceptie door kinesitherapeuten en de werkelijkheid zoals aangegeven door huisartsen. Deze kennis wordt door 15% van de huisartsen (N=39) als adequaat, en door 59% als inadequaat ingeschat. De perceptie door kinesitherapeuten is echter beter: 41% van de kinesitherapeuten (N=29) gelooft dat huisartsen uit dezelfde regio weten welke 'subspecialismen' hij of zij als kinesitherapeut heeft, gevolgd door 31% die denkt dat dit niet het geval is.



Figuur 9 (N=39) en kinesitherapeuten (N= 29) over de kennis van eventuele subspecialismen

3.2.2. Lokale kwaliteitsgroep (LOK)

Op de LOK-vergadering op 8 november 2017 waren 15 huisartsen van de huisartsenkring Panacea aanwezig. Elk van hen was ten tijde van het onderzoek gevestigd in een van de deelgemeenten van Brakel. Na verdeling in kleine groepen kregen zij elk enkele stellingen gepresenteerd op papier en aan de hand van een begeleidende Powerpointpresentatie. Op de vergadering van de Axxonkring Oudenaarde-Ronse waren 30 kinesitherapeuten aanwezig. Zij kregen op analoge wijze dezelfde stellingen aangereikt. Hieronder volgt de consensus op de verscheidene stellingen met enkele antwoorden van beide groepen ter illustratie.

De eerste groep huisartsen en kinesitherapeuten kregen drie stellingen die betrekking hadden op de rol van het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek (KCO). Resultaten en besprekingen met het KCO als focus zullen in deze masterproef niet besproken worden; hiervoor wordt verwezen naar de masterproef van Dr. De Bleeckere Lieselot. Stelling 3 illustreert de klinische diagnostiek door huisartsen en zoals deze ervaren wordt door kinesitherapeuten.

Stelling 3

- 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?

De groep huisartsen is overwegend van mening dat het stellen van klinische diagnoses niet de zwakke schakel is in het proces van verwijzing. Zij baseren zich voornamelijk op de kliniek om al dan niet over te gaan tot medische beeldvorming en argumenteren dat sommige klachten zich vrij gemakkelijk tot een klinische diagnose lenen, en dat bij andere klachten eerder beeldvorming vereist is. De huisartsen geven aan dat kinesitherapeuten met een andere kennis en vanuit een ander perspectief de patiënt onderzoeken. Bij het stellen van de diagnose kunnen de klinische bevindingen verschillen van de radiologische vaststellingen.

De groep kinesitherapeuten erkent de wettelijke vereiste dat het kinesitherapievoorschrift een diagnose moet bevatten, maar heeft daar zo zijn bedenkingen bij. Een aantal kinesitherapeuten is voorstander van symptoomdiagnoses, zodat zij verder de vrijheid hebben om de patiënt klinisch te onderzoeken alvorens therapie toe te passen. Uit de groepsdiscussie blijkt dat de kinesitherapeuten dus weinig belang hechten aan de vermelde diagnose, en dat hun klinisch nazicht in de meeste gevallen de voorkeur geniet boven medische beeldvorming.

Er zijn veel klinische diagnosen die wij als huisarts toch zonder problemen moeten kunnen stellen. Er zijn er bij waar we dus eerst beeldvorming gaan aanvragen, maar dat de patiënt éérst nog door een kinesist moet gezien worden,… Er moet niet noodzakelijk bij iedereen beeldvorming gebeuren, dat hangt af van de aard van de pathologie. Er zijn dingen die duidelijk zijn, dingen die niet zo duidelijk zijn maar waar de mogelijkheden divers zijn.

Ik kan begrijpen dat veel kinesisten twijfels hebben bij de diagnose omdat zij een ander beeld van de diagnose hebben. Het blijft een kwestie van wie het bij het juiste eind heeft.

Huisartsen

Moet daar eigenlijk echt een diagnose op staan? Als er een doorverwijzing is met een klacht, is het ook onze taak als kinesitherapeut om die klacht te gaan evalueren en specifiek dieper op in te gaan en te gaan behandelen. Bijvoorbeeld 'lumbalgie' is een schoon woord voor pijn in de rug, en is geen diagnose op zich maar meer een beschrijving van de klachten, daar trekken wij verder ons plan mee. Als arts moet je op het voorschrift een diagnose voorzien, maar die is niet altijd correct. Met diagnoses als 'cervicalgie' of 'lumbalgie' zit ge altijd juust.

Diagnostiek is niet hetzelfde als medische beeldvorming. Je gaat daarmee de mechanische kant op; je neemt de diagnose van de radioloog over, zonder dat die een klinisch onderzoek gedaan heeft. Je kan ook gewoon klinisch en methodisch gaan werken.

Kinesitherapeuten

De tweede groep huisartsen kreeg aan de hand van stelling 4 de resultaten betreffende de therapie te zien, zoals hieronder geïllustreerd, waarna zij gevraagd werden hierover hun opmerkingen te formuleren. Op de vergadering met kinesitherapeuten werd hetzelfde gevraagd aan een groep kinesitherapeuten.

STELLING 4

- 38% van de huisartsen weet niet zeker of de toe te passen therapie die zij voorschrijven de beste therapie is voor een specifieke aandoening.
- 62% van de kinesitherapeuten heeft vaak of zeer vaak twijfels bij de toe te passen therapie die de huisarts op het voorschrift specificeert.
- Tweederde van de huisartsen vindt dat zij in het kiezen van de therapie niet méér bekwaam zijn dan de kinesitherapeut. 84% vindt zelfs dat de kinesitherapeut 'carte blanche' mag krijgen.
- Het specificeren van de therapie is geen wettelijke vereiste op een voorschrift.

Moet de kinesitherapeut meer therapeutische vrijheid krijgen? Wat zijn hiervan de voordelen, en de nadelen?

De meerderheid van de huisartsen is voorstander voor het verlenen van meer therapeutische vrijheid aan de kinesitherapeut. Een deel van de huisartsen doet dit reeds door de therapie doelbewust niet te specificeren op het voorschrift, tenzij zij dit uitdrukkelijk wensen. Al is er wel een minderheid van de artsen die hierin het gevaar voor misbruik ziet wanneer kinesitherapeuten beogen om zoveel mogelijk sessies te kunnen geven, en dus meer vergoeding, waarbij patiënten onnodig lang foutieve therapie toegediend krijgen. Er wordt geconcludeerd dat de vertrouwensrelatie tussen huisarts en kinesitherapeut hier een belangrijke rol in speelt.

Een reden om de therapiekeuze over te laten aan de kinesitherapeut is het feit dat huisartsen vinden dat dit niet tot hun kennis- en takenpakket behoort, en dat kinesitherapeuten hiertoe inderdaad meer bekwaam zijn.

Een voorstel van zowel huisartsen als kinesitherapeuten is om het voorschriftsjabloon te herzien. Op de huidige sjablonen staat immers vaak 'massage' bovenaan de lijst met aan te kruisen behandelingen. Dit geeft de arts de indruk dat hij of zij een behandeling dient te specificeren, hoewel het niet verplicht is, maar op die manier wel een beperking vormt voor de kinesitherapeut. Vaak zijn deze therapiespecificaties foutief omdat het aankruisen op een sjabloon mogelijks gebeurt zonder veel kritisch nadenken van de huisarts. Het volledig herzien van de sjablonen wordt door huisartsen voorgesteld omdat het afzonderlijk aanbrengen van wijzigingen in een actief sjabloon als prutswerk gezien wordt en kan leiden tot foutieve voorschriften.

De kinesitherapeuten zien geen problemen in het krijgen van meer therapeutische vrijheid, al zijn er kinesitherapeuten die vinden dat het dan hun verantwoordelijk is om de huisarts op de hoogte te stellen van welke therapie zij toepassen. Het probleem dat sommige kinesitherapeuten hierin zien is dat deze contactopname door de huisartsen mogelijks niet op prijs gesteld wordt.

Een minderheid van de kinesitherapeuten vindt dat zij naast therapie ook meer vrijheid zouden moeten kunnen krijgen inzake aantal zittingen en frequentie.

> *Als arts kunnen we niet verondersteld worden om te weten welke soort kinesitherapie voor de verscheidene aandoeningen aangewezen is. Onze kennis als huisarts is breed, dit specifieke hoort daar niet bij.*
>
> *Ik denk niet echt dat er nadelen aan een 'carte blanche' verbonden zijn. Of tenzij misbruik misschien? Bijvoorbeeld een kinesist die zegt 'dit zal maanden duren eer het in orde komt' en op die manier meer in eigen belang optreedt. Bij bepaalde artsen bemerk je dit fenomeen ook. Misbruik kan wel in principe, vooral wat aantal zittingen betreft; misbruik met nomenclatuur lijkt minder waarschijnlijk, ik denk niet dat nomenclatuurnummers duurder zijn dan andere.*
>
> *Voorschriftsjabloon herzien? Als je het dan toch eens zou willen doen zonder therapie en het staat niet in het sjabloon, begin dan maar eens te prutsen. Laat de diagnose er dan gewoon opstaan maar vul de therapie gewoon niet in.*
>
> Huisartsen

> *Het is misschien een goed idee om de vakjes op het voorschrift weg te halen. Anders kruisen de artsen maar wat aan, zoals massage, oefentherapie,… Een kruisje is snel gezet zonder veel bij na te denken maar heeft wel gevolgen voor de kiné die het moet uitvoeren.*
>
> Kinesitherapeuten

Aansluitend hierop kregen zij ook stelling 5 gepresenteerd, waarbij hun mening betreffende het afwijken van de voorgeschreven therapie bevraagd werd.

Stelling 5

- Vier op vijf kinesitherapeuten zal afwijken van de vermelde therapie op het voorschrift, indien zij van mening zijn dat dit niet de correcte therapie voor het specifieke probleem is. 85% van de huisartsen vindt dat zij dit inderdaad mogen.
- Ongeveer de helft van deze kinesitherapeuten zal dit dan ook melden aan de huisarts. 45% echter geeft aan te denken dat de huisarts dit niet op prijs zou stellen. Onder andere uit angst hen te storen (30%) of om minder doorverwijzingen te krijgen in de toekomst (20%) doen zij dit niet.
- Meer dan 84% van de huisartsen zou graag op de hoogte worden gesteld indien de kinesitherapeut een andere therapie toepast.

Kan het een meerwaarde bieden dat kinesitherapeuten de huisarts kort op de hoogte stellen dat zij een andere therapie instellen? Zo ja, op welk vlak?
Hoe kan vermeden worden dat kinesitherapeuten geen contact opnemen met de huisarts uit angst om hen te storen?

De huisartsen gaven zeer duidelijk aan dat de relatie met de kinesitherapeut hierin allesbepalend is. Volgens hen hangt het af van welke kinesitherapeut contact opneemt, voor welk probleem, maar bovenal de manier waarop dit gebeurt wordt als belangrijk aangegeven. De indruk van kritiek, of een onbeleefde manier van mededelen hebben een negatieve invloed op de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten, en worden door de meeste huisartsen zelfs als reden opgegeven om minder naar de desbetreffende kinesitherapeut door te verwijzen. Een aantal kinesitherapeuten zijn ook terughoudend om contact op te nemen omwille van slechte ervaringen uit het verleden waarbij artsen niet meer naar hen wouden doorverwijzen.

Contactopname via telefoon wordt enerzijds door sommige artsen inderdaad als storend ervaren, en anderzijds door de meeste kinesitherapeuten als drempel ervaren. Beide partijen geven daarom de voorkeur aan een mededeling op elektronische wijze, zoals bijvoorbeeld e-mail. De kinesitherapeuten geven echter aan dat zij niet steeds over het e-mailadres van de huisarts beschikken en bijgevolg genoodzaakt zijn om telefonisch contact op te nemen, of om zelfs af te zien van contactopname.

> *Het is te zien waarvoor en door wie, maar ergens wel. Het hangt af van de kinesitherapeut en wat ze precies willen.*
>
> *Wanneer ik zou ondervinden dat een kinesist tegen de patiënten zegt "zeg, uwen dokteur schrijft da voor, wa peist die wel", dan heb ik ook geen goesting meer om naar die kinesist te verwijzen, dat geef ik toe. Maar ik kan me voorstellen dat, indien ik iets zou opschrijven waarvan de kinesist zegt dat dit er naast zit, als die mij*

daarvoor contacteert zonder commentaar te geven tegen mijn patiënten, zou ik dit wel appreciëren.

Ik zou heel beleefd blijven maar ik zou zeggen "man doe dat toch gewoon en laat mij gerust".

Huisartsen

Ik denk dat het afhangt van wat de voorgestelde therapie is. Als er inderdaad 'massage' staat, dan gaan wij er al snel van uit van "ja, die schrijft maar wat". Het is precies een gewoonte geworden.

Ik denk dat er wel een druk is dat we bijvoorbeeld telefonisch zouden storen, elektronisch is de drempel lager.

Ik vraag mij af: Hoe belangrijk vindt de arts de therapie die hij zelf vermeldt? Bijvoorbeeld als hij 'massage' aankruist,wil hij dit écht? Is dat dan relevant dat we hiervoor contact opnemen om te zeggen dat we niet gaan masseren? Kiezen huisartsen bewust voor massage als behandeling? Hebben zij hiervoor tijdens hun opleiding gezien dat dit evidentie heeft?

Ik heb ooit eens een patiënt gehad die kwam voor moddertherapie, dat stond aangegeven op het voorschrift. Nu, ik kan geen modder maken en verder is het ook niet EBT (evidence based therapy). Ik ga dat dan ook niet doen en heb gevraagd "wie is uwen dokter?". Ik heb die mens gebeld om te zeggen dat ik geen modderbehandeling ga doen, en die heeft gezegd "OK, dan krijgt ge van mij geen patiënten meer.".

Kinesitherapeuten

De derde groep huisartsen en kinesitherapeuten kreeg aan de hand van stelling 6 inzage in de resultaten betreffende de bijlagen bij de kinesitherapeutische verwijzing.

Stelling 6

- Meer dan 80% van de kinesitherapeuten wenst inzage in medische beeldvorming en wenst op de hoogte gesteld te worden van de medische voorgeschiedenis van de patiënt. 58% wenst ook graag op de hoogte gesteld te worden van eventuele pijnmedicatie die de patiënt neemt.
- Meer dan 75% van de huisartsen voegt eventuele verslagen ook daadwerkelijk toe bij de aanvraag en 70% vindt het vermelden van de medische voorgeschiedenis van de patiënt eveneens een meerwaarde. 60% zou ook de medicatie die de patiënt inneemt vermelden.

Wat is de meerwaarde om bij het voorschrift ook meer info omtrent medische beeldvorming, medische voorgeschiedenis, eventuele medicatie toe te voegen?

Inzake het delen van patiëntengegevens bemerken we een zekere terughoudendheid van de huisartsen, zeker voor wat betreft medische voorgeschiedenis en medicatie. Enkel hetgeen zij relevant achten wordt meegedeeld. Verslagen van beeldvorming worden wel snel meegegeven omdat het quasi steeds als relevant voor de verwijzing wordt geacht, maar is ook hier afhankelijk van de pathologie.

Opvallend is dat tijdens de vergadering met kinesitherapeuten het tegenovergestelde gezegd wordt. Zij geven allen aan meer informatie rond voorgeschiedenis en medicatie te willen ontvangen omdat dit invloed kan hebben op de beleving van de aandoening en het mogelijke verband met chronische klachten. Dit staat in contrast met de conclusies van de LOK met huisartsen, maar ook met de resultaten van de enquête waaruit blijkt dat kinesitherapeuten vooral de resultaten van medische beeldvorming wensen. Als reden wordt door enkele kinesitherapeuten opgegeven dat medische beeldvorming niet essentieel is, maar dat het verslag wel gewenst wordt indien het plaatsgevonden heeft.

> *Ik denk dat er wel een meerwaarde is, maar er kruipt ook tijd in. Je moet de gegevens selecteren, afprinten. Meestal voeg ik enkel medische beeldvorming bij als het relevant is, dus ook afhankelijk van de pathologie.*
>
> *Ik denk niet dat patiënten het graag hebben dat erin staat dat ze bijvoorbeeld een depressie gehad hebben, en ik denk ook niet dat dat nodig is. Enkel de relevante voorgeschiedenis is nuttig.*
>
> *Medicatie vermelden is enkel nuttig als het relevant is voor de aandoening, zoals bijvoorbeeld een patiënt die ontstekingsremmers en spierontspanners neemt, de overige medicatie is niet van belang. Vaak vermeldt de patiënt het mondeling aan de kinesist tijdens de behandeling, het hoeft niet per se door ons op het voorschrift vermeld worden.*

Na een operatie krijgt de patiënt een kiné-briefje mee waar enkel op staat 'artroscopie knie', maar verder geen info. Meestal geef ik in dat geval ook een kopie van het operatieverslag mee, zodat de kinesist toch weet wat er gebeurd is, want anders,… Ik heb ooit zo eens een patiënt gehad met een scheur van de supraspinatuspees waarvoor hij geopereerd werd, na 4 weken postoperatieve kiné met gewichten was de pees weer af. De kinesist wist blijkbaar niet dat de pees gehecht was en dat hij 6 weken moest wachten met gewichten te heffen. Leg het dan maar eens uit aan de patiënt…

Huisartsen

Beeldvorming is niet het eerste dat je nodig hebt als kinesist om iemand klinisch te behandelen. Ik trek de medische beeldvorming niet in twijfel, maar voor mij is ze zeker niet essentieel. Maar als ze eenmaal gebeurd is wil ik ze wel ontvangen.

In rusthuizen probeer ik altijd eens of ik het laatste ziekenhuisverslag zou mogen lezen. Dat geeft al direct een groot beeld, als ge dat hebt moet ge de arts al niet meer gaan opbellen; ge hebt al medicatie, voorgeschiedenis. Bij iemand die een ziekenhuis binnen is geweest zou elke medicus of paramedicus die ermee werkt dat verslag moeten kunnen inlezen.

Waarom is er zo een terughoudendheid bij de artsen opdat wij het medisch dossier zouden kunnen zien? Want wij zijn toch ook gebonden aan het beroepsgeheim? Ik denk niet dat het aan de patiënt kan liggen die zijn depressie niet aan onze neus wil hangen; wij horen ook veel verhalen van de vent of de vrouw die weg is. Ik denk dat het wel belangrijk kan zijn in kader van pijnbeleving, absoluut.

Wij zien ook in onze opleiding van pijneducatie dat stress en allerlei emotionele factoren ook wel kunnen zorgen voor een chroniciteit van de klachten. Niet enkel bij depressie, maar ook slapeloosheid. En dan zie je bijvoorbeeld dat de patiënt iets neemt daarvoor. Ik zou dat dus absoluut een meerwaarde vinden.

Kinesitherapeuten

Het nut en de rol van kinesitherapeutische verslagen werd toegelicht door een vierde groep huisartsen en kinesitherapeuten aan de hand van stelling 7.

Stelling 7

- Meer dan 70% van de huisartsen wenst op de hoogte gesteld te worden van tussentijdse progressie die de patiënt maakt en 85% wenst een eindverslag te krijgen.
- Ongeveer de helft van de kinesitherapeuten vindt dit eveneens zinvol. 20% echter vindt dat het weinig zin heeft om verslagen naar de huisarts te sturen.

Wat kunnen redenen zijn waarom kinesitherapeuten het niet zinvol vinden om verslagen naar de huisarts te sturen?
Waarom is het wel zinvol om verslagen te krijgen?
Hoe zouden verslagen gemakkelijk kunnen overgebracht/ontvangen worden? Hoe zouden jullie dit wensen?

Het concept 'time is money' komt zowel bij huisartsen als kinesitherapeuten ter sprake als belangrijke reden waarom het versturen van verslagen weinig zinvol is. Er kruipt voor de kinesitherapeut immers veel tijd in het maken van verslagen, waarvoor hij of zij niet vergoed wordt. De kinesitherapeuten ervaren dit voorts vaak als verloren tijd omdat zij de indruk hebben dat hun verslagen door de huisartsen amper gelezen worden.

Verder zijn beide partijen van mening dat deze verslagen pas zinvol zijn als ze een meerwaarde hebben. Zo vinden huisartsen en kinesitherapeuten dat het opmaken van een verslag zinloos is bij een 'geroutineerde' behandeling van een chronisch probleem, of wanneer de therapie probleemloos verloopt. Huisartsen wensen vooral een verslag te ontvangen wanneer er een afwijkend beloop optreedt tijdens de behandeling. Ook de kinesitherapeuten vinden dat een verslag juist in dergelijke gevallen nuttig kan zijn.

De manier waarop er gecommuniceerd wordt is volgens hen ook een punt waarop de verslagen verbeterd kunnen worden. Nu gebeurt de verslaggeving vaak via e-mail, hetgeen door beide partijen vaak als omslachtig ervaren wordt. Enerzijds beschikken kinesitherapeuten niet steeds over alle contactgegevens, en anderzijds klagen huisartsen dat zij deze e-mails nog manueel in het dossier moeten voegen.

> *Kinesisten doen dit misschien niet omwille van de tijd die erin kruipt. Misschien ontbreekt er een goed sjabloon voor. Ofwel betreft het een patiënt die al een aantal keer voor die aandoening geweest is, waardoor de kinesist opnieuw eenzelfde verslag zou moeten schrijven, dit heeft geen meerwaarde.*
>
> *Als alles goed gaat is dit niet nodig, maar bijvoorbeeld wel wanneer het niet goed gaat zoals complicaties of een afwijkend beloop in het algemeen.*
>
> *Het wordt amper gelezen.*

Het gemakkelijkst zou via het medisch dossier zijn via elektronische weg zoals de verslagen van de specialist. Nu krijg ik ze meestal binnen via gewone mail, waarna ik ze nog bij de juiste dossier moet voegen. Dan moet je beginnen zoeken en daar kruipt tijd in.

Huisartsen

Ik vind wel dat je het onderscheid moet maken. Als de patiënt goed genezen is, is het niet nodig. Als het niet goed is, vind ik wel dat je dat in je verslag zou moeten mogen schrijven. Dat moet niet per se op het eind van een behandeling, vaak merk je al na drie of vier sessies dat er geen progressie is. En dan denk ik dat wij toch perfect op onze plaats zijn om dit te melden, dan kan de huisarts nog altijd herevalueren. Ofwel geef je een heel compacte feedback. Maar dan opnieuw, hoe communiceer je?

Ik denk dat het voor de huisarts wel nuttig kan zijn om te weten welke therapie je hebt toegepast, ookal was die wat afwijkend. Heeft het niet geholpen, dan heb ik nog positieve reacties gehad, ze weten dat het niet puur masseren is dat we gedaan hebben. Soms verneem je via de patiënt dat de huisarts content was met je verslag.

Ik merk ook op dat er bij huisartsen soms wel vraag is naar feedback van ons, maar het is ook heel moeilijk om mailadressen te vinden. Waar vind je dat, is er een platform waar wij als kiné op kunnen, of moeten we dat persoonlijk aan elke huisarts apart vragen? Ik denk dat de huisartsen in mijn streek wel gaan appreciëren dat ik dat doe. Het moet ook heel erg duidelijk zijn naar ons toe welke huisarts er iets opvolgt. Bijvoorbeeld door simpelweg een leesbevestiging te vragen, als je die niet krijgt is dat het teken dat hij het niet opengedaan heeft. En dat geeft u direct al een beeld van de huisartsen.

Kinesitherapeuten

Een vijfde groep huisartsen en kinesitherapeuten kregen stelling 8, 9 en 10 aangereikt om hun mening over de sociale kaart te achterhalen. Aangezien we aansluitend op deze stellingen wouden polsen naar hoe de kennisgeving van een nieuwe vestiging verloopt, werd ervoor gekozen om de groep kinesitherapeuten samen te stellen uit jonge kinesitherapeuten, om zo hun ervaringen te delen.

Stelling 8

- 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.

Hoe kan dit verklaard worden?
Moet dit verbeterd worden? Zo ja, hoe?
Kan een verbetering leiden tot een betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?
Kan een verbetering de gezondheid van de patiënt ten goede komen?

De meeste huisartsen zijn van mening dat het aan de kinesitherapeut is om zijn of haar professionele aanwezigheid kenbaar te maken. De voornaamste reden die hiervoor opgegeven wordt is het feit dat de kinesitherapeuten hier meer baat bij hebben dan de huisartsen. Bij de groep met recent gevestigde kinesitherapeuten horen we inderdaad dat zij vaak de regionale huisartsen uitnodigen voor een korte kennismaking. Hoewel dergelijke contacten door beide partijen als positief ervaren worden, blijkt dit zich niet te vertalen in meer verwijzingen. Huisartsen geven aan dat de relatie met de kinesitherapeut die op deze wijze ontstaat, hun verwijsgedrag zowel positief als negatief kan beïnvloeden.

Door kinesitherapeuten wordt aangegeven dat dergelijke contacten vaak bemoeilijkt worden door tijdgebrek van huisartsen, hetgeen door deze laatste groep ook bevestigd wordt. Een oplossing die hiervoor voorgesteld wordt, is om deze kennismaking te laten verlopen tijdens een LOK, door contact op te nemen met de LOK-verantwoordelijke.

Huisartsen zijn van mening dat dit kan leiden tot een betere communicatie en samenwerking. De laagdrempelige communicatie en verbeterde samenwerking die op die manier ontstaat, zorgt ervoor dat er meer informatie over de patiënt uitgewisseld kan worden tussen huisarts en kinesitherapeut. Dit wordt geacht de gezondheid van de verwezen patiënt ten goede te kunnen komen.

> *Sommige kiné's werken parttime, sommigen fulltime, sommigen in een rusthuis, anderen privé; die verdelingen ken ik niet.*
>
> *Ze kunnen zich toch komen voorstellen, ik heb al kinesisten gehad die zich persoonlijk komen voorstellen. Ik zou denken dat ze dat zouden doen als ze zich nieuw komen vestigen, of toch iets zouden rondsturen. Je kan dan onmiddellijk ook meegeven wat hun interessepunten zijn, en zo kunnen wij onze sociale kaart beter*

samenstellen. Je hoeft als kiné niet elke arts uit de regio af te gaan, je kan bijvoorbeeld met één telefoontje naar de verantwoordelijke van de lokale huisartsenkring vragen om bijvoorbeeld zich te komen voorstellen op de LOK; zo weten we het allemaal.

Uiteraard ligt de bal in het kamp van de kinesist. Hij heeft er ook meer baat bij dan wij. Er zou voor ons baat bij zijn moest er een tekort zijn aan kinesisten, maar er is geen tekort aan kinesisten, dus…

Ik denk dat deze kennismakingen kunnen leiden tot een betere samenwerking. Afhankelijk van het contact en de relatie met de kinesist kan het zijn dat ik meer, of juist minder, naar die kinesist zal doorsturen.

Of dit kan leiden tot een betere gezondheid van de patiënt, ik denk van wel. Je gaat vlugger communiceren over de patiënt met die man, ook meer informatie uitwisselen. Halverwege de therapie gaat hij u al eens kunnen contacteren en zeggen van "ik denk dat we hier verbetering hebben", etc. De communicatie is laagdrempeliger.

Als patiënten mij een mening over een kinesist vragen, ga ik steeds rond de pot draaien, ik ga dat nooit zeggen. Deontologisch kan je dat niet doen, of je moet al een grote vertrouwensrelatie hebben met die patiënt. Wanneer ik een kinévoorschrift maak, vraag ik altijd aan de patiënt of ze al weten bij wie ze zouden gaan.

Huisartsen

Als ik gestart ben als kinesist, de eerste maand heb ik eigenlijk alle artsen in de streek aangesproken en gebeld en effectief gevraagd of ik op kennismakingsgesprek mag komen. Vier op vijf huisartsen gingen hierop in. Dan heb ik mezelf voorgesteld en verteld waar ik werk en zo. Het was een heel kort gesprek, maar op die manier waren ze op de hoogte dat ik er was. De huisartsen gaven ook wel aan dat ze content waren om te weten dat er iemand nieuw was. Waar ik dan wel weer van verschoten was, ik krijg niet echt meer verwijzingen van artsen bij wie ik me persoonlijk heb voorgesteld, hoewel ik dit wel had verwacht.

En omgekeerd? Is het ook aan de nieuwe huisartsen om zich kenbaar te maken aan de kinesisten? Het zou belachelijk zijn dat het enkel in een richting gebeurt. Het is wederzijds, misschien vanuit de lokale kringen van huisartsen enerzijds en kine's anderzijds.

Het is ook niet gemakkelijk om een huisarts te pakken te krijgen die ook tijd heeft om te luisteren. Als ze geen tijd hebben om te luisteren, gaan ze ook niet weten

welke kinesisten er in de buurt zitten en welke specialisaties ze eventueel hebben, tenzij ze dan een verslag doorsturen met daarin wat ze gedaan hebben.

Kinesitherapeuten

Stelling 9

- De helft van de kinesitherapeuten (48%) gelooft niet dat de huisartsen in zijn/haar regio op de hoogte zijn van de specifieke kinesitherapeutische behandelingsmodaliteiten die hij/zij aan te bieden heeft of de technische apparatuur waarover hij/zij beschikt.
- 72% van de huisartsen is niet op de hoogte van specifieke behandelingsmodaliteiten en technische apparatuur van kinesitherapeuten uit zijn/haar regio.

Hoe kan dit verklaard worden?
Moet dit verbeterd worden? Zo ja, hoe?
Kan een verbetering leiden tot een betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?
Kan een verbetering de gezondheid van de patiënt ten goede komen?

Huisartsen bevestigen het feit dat zij hiervan te weinig op de hoogte zijn, en dat de huidige kennisgeving vaak via mond-tot-mondreclame verloopt, zoals via specialisten of collega huisartsen. Net zoals wat betreft de professionele aanwezigheid, wordt het kenbaar maken van specifieke kinesitherapeutische behandelingsmodaliteiten als taak van de kinesitherapeut beschouwd.

Voor de meeste dingen kan ik de patiënt niet antwoorden wanneer hij vraagt naar specifieke therapie. Van sommige kinesisten weet ik het, maar dat moet je leren kennen, die zoek je zelf eerst. Soms gebeurt dat via de specialist, soms bel ik eens naar een collega.

Het is niet aan ons om daarbij actief aan de kinesisten te gaan informeren van "wat doet gij allemaal?" Als je iets wil verkopen is het aan hem om kenbaar te maken wat er in zijn winkel ligt. Onbekend is onbemind.

Huisartsen

Stelling 10

- Meer dan de helft van de huisartsen (59%) acht zichzelf onvoldoende op de hoogte van eventuele 'subspecialismen' (bvb sportkinesitherapie) of bijkomende kwalificaties die de verschillende kinesitherapeuten in zijn/haar regio hebben; slechts 15% van de huisartsen vindt dat hij hiervan voldoende kennis heeft.

Hoe kan dit verklaard worden?
Moet dit verbeterd worden? Zo ja, hoe?
Kan een verbetering leiden tot een betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?
Kan een verbetering de gezondheid van de patiënt ten goede komen?

Ook voor dit aspect van de sociale kaart geven zowel huisartsen als kinesitherapeuten aan dat de bal hier in het kamp van de kinesitherapeut ligt.

De kennis van subspecialismen is bij huisartsen voornamelijk eenrichtingverkeer: voor de meeste subspecialismen weten de meeste huisartsen wel een kinesitherapeut die hierin bekwaam is, maar de kennis van alle eventuele subspecialismen per kinesitherapeut is beperkt.

Huisartsen stellen zich verder vragen bij de organisatie van kinesitherapeuten. Zij ervaren een gebrek aan een algemene index met behandelingsmodaliteiten en subspecialismen. Kinesitherapeuten geven aan dat deze in zekere mate bestaan, maar dat dit voor hen kosten met zich meebrengt en geen garanties biedt. De grote meerderheid van de kinesitherapeuten heeft de indruk dat dergelijke platformen onbekend zijn bij artsen, waardoor er niet meer verwijzingen uit te halen valt.

> *Ik weet voor elk subspecialisme zoals bijvoorbeeld bekkenbodem wel een kinesist, ik heb zo mijn vaste mensen, en op die manier weet ik wel naar wie ik kan verwijzen; maar het is niet zo dat ik dit ook weet van alle andere kinesisten waarmee ik niet zoveel samenwerk, totaal niet. Ik zoek eigenlijk per pathologie bij wie ik terecht kan, niet andersom.*
>
> *Zou ons verwijspatroon wijzigen indien de sociale kaart geüpdatet wordt? Ik denk dat ik aan de patiënt wel zou vermelden dat die, die, en die kinesist dat doen, maar ik ga mij er verder niet mee bemoeien zolang ik er geen percent op krijg. Ik denk dat de geografische factor hier van belang is.*
>
> *Als je ons googlet kom je via de site van de huisartsenkring uit op een overzicht van alle artsen, dit zou er voor kinesisten ook moeten zijn, een overzicht met wie wat allemaal doet; daar bestaat nog geen enkele oplijsting van. Misschien zijn ze hiervoor te weinig georganiseerd.*
>
> Huisartsen

Die bijkomende kwalificaties, er zijn wel effectief platformen online waar dat allemaal op staat, zoals bijvoorbeeld longrevalidatie of bekkenbodemtraining. Als je een specialisatie hebt gedaan moeten we dat zelf registreren en moeten daarvoor betalen om op de website te mogen staan. Dat is toch absurd? En dan moet er door artsen nog naar gekeken worden, maar ik weet niet of artsen dit gebruiken of zelfs op de hoogte van zijn.

Als je een specialisatie gedaan hebt, vind ik dat je zelf het initiatief mag nemen om dit kenbaar te maken. Ik heb in mijn geval hiervoor brieven rondgestuurd aan de huisartsen in de buurt.

Ik denk dat wanneer mensen bij u komen voor iets waarvoor ge niet bekwaam zijt, bijvoorbeeld iets urogenitaals, dan ga je zelf doorsturen, desnoods ga ik ook bellen naar de huisarts. Het is aan ons om te zeggen, bijvoorbeeld pelvische revalidatie dit doe ik niet.

Kinesitherapeuten

3.2.3. Praktijkverbeterproject

Het praktijkverbeterproject van deze masterproef beoogde ten slotte de sociale kaart van de praktijk te updaten met meer gerichte professionele informatie over de kinesitherapeuten uit de regio, zoals de specifieke kinesitherapeutische behandelingsmodaliteiten en eventuele subspecialismen of interessegebieden.

In kader hiervan werden de kinesitherapeuten uit de regio Brakel en Lierde, van wie het e-mailadres of telefoonnummer beschikbaar was, gecontacteerd voor de bevraging van deze aspecten. Op deze wijze konden 12 kinesitherapeuten bereikt worden. Zij werden telefonisch bevraagd naar de eigenschappen van hun beroepsuitoefening. Er werd systematisch gepeild naar officieel erkende beroepsbekwaamheden en de kinesitherapeutische apparatuur waarover zij beschikken. Aansluitend werd de mogelijkheid gegeven aan de kinesitherapeuten om hun eventuele subspecialismen of specifieke interessegebieden aan te geven. De gegevens die op deze wijze verkregen werden, werden aan de sociale kaart toegevoegd. De praktijk en bijgevolg ook de HAIO's die hier in de toekomst hun opleiding zullen genieten, zullen voortaan gebruik kunnen maken van deze nieuwe sociale kaart bij het verwijzen van patiënten naar een kinesitherapeut.

4. Discussie

4.1. Bespreking resultaten

Het onderzoek werd uitgevoerd in de regio Vlaamse Ardennen. Met slechts enkele halfgrote steden zoals Oudenaarde, Zottegem en Ronse in het onderzoeksgebied, en overigens zeer landelijke gemeenten zoals Brakel, kan geconcludeerd worden dat het onderzoek voornamelijk in een landelijke setting uitgevoerd werd. Aangezien de kennis van professionele aanwezigheid en het kennen van competenties van de verschillende gezondheidsmedewerkers in de buurt sterk afhankelijk is van de regio, kunnen de conclusies uit de vragenlijst en uit de gevoerde LOK niet doorgetrokken worden naar grootsteden. In grootsteden zoals bijvoorbeeld provinciehoofdsteden, waar er een groter aanbod is aan huisartsen en kinesitherapeuten, wordt de onbekendheid van de werkzaamheid van kinesitherapeuten zoals deze ingeschat wordt door huisartsen, een stuk hoger geschat. De vaststelling dat bijna een kwart van de bevraagde huisartsen (23%) aangaf onvoldoende op de hoogte te zijn van de aanwezigheid van kinesitherapeuten uit de buurt, is voor een landelijke setting dan ook verrassend hoog.

Zoals reeds aangehaald werd tijdens de LOK met huisartsen, kan de rol van de sociale kaart zowel in een landelijke als in een stedelijke setting een belangrijk instrument zijn. In een landelijke regio is de kans op tekort aan kinesitherapeuten reëler, waardoor de bekendheid van hun professionele aanwezigheid bij huisartsen absoluut bevorderd dient te worden om de patiënt zo adequaat mogelijk te kunnen verwijzen. Wanneer er slechts een handvol kinesitherapeuten in een bepaalde regio door de huisarts gekend is, bestaat de kans dat niet steeds de meest effectieve behandelingsmodaliteit voor een bepaalde aandoening beschikbaar is.

Uit de telefonische rondvraag in kader van het praktijkverbeterproject is gebleken dat weinig kinesitherapeuten over een officiële erkenning van een bijzondere beroepsbekwaamheid beschikken. Ook de aanwezige apparatuur wordt door de meesten als ‘standaard uitrusting’ omschreven. De variatie in het regionale therapeutische aanbod is dus beperkt, zowel op vlak van competentie als uitrusting. Bijgevolg moeten we concluderen dat de implementatie van dergelijke gegevens in de sociale kaart van de onderzochte landelijke regio slechts een beperkte invloed zal hebben op de uiteindelijk uitgevoerde therapie en dus de gezondheid van de patiënt. Vermoed wordt dat de impact in grootsteden groter is, omdat hier een meer gevarieerd aanbod aan kinesitherapeutische competenties en behandelingsmodaliteiten bestaat, tegenover de landelijke setting waar geografische factoren zoals afstand een grotere rol spelen.

We vermoeden dat de kennis van specifieke interessegebieden van de verschillende kinesitherapeuten wel het verwijsgedrag van huisartsen kan beïnvloeden, maar het effect hiervan op de gezondheid van de patiënt is nog onzeker. Verder onderzoek is hiervoor nodig, en dan voornamelijk in gebieden met een groot aantal kinesitherapeuten en dus een breder spectrum van subspecialismen.

Huisartsen en kinesitherapeuten geven aan dat zij een positief effect ervaren in hun inter-professionele communicatie en relatie wanneer zij meer contact met elkaar hebben. Het regelmatig updaten van de sociale kaart kan een mediator zijn in het creëren en onderhouden van dergelijke

contacten. De lagere drempel om contact op te nemen en patiëntinformatie uit te wisselen wordt geacht om de gezondheid van de patiënt wel ten goede te kunnen komen, al dient ook dit effect verder onderzocht te worden.

4.2. Vergelijking met de bestaande literatuur

Zowel huisartsen als kinesitherapeuten bevestigen dat er te weinig gecommuniceerd wordt, en dat er te weinig kennis is bij huisartsen over wat het beroep van kinesitherapeut inhoudt. Dit is conform de bevindingen uit eerdere studies[10,13], waarbij bijna driekwart van de huisartsen aangaf dat onvoldoende voorkennis een voornaam struikelblok is in de communicatie met de kinesitherapeut, en de ruime meerderheid van hen van mening is dat het bevorderen van deze kennis de onderlinge communicatie kan bevorderen. Vooral oudere huisartsen schatten deze voorkennis als voldoende in[10], en is er verder een correlatie tussen het aantal jaren werkzaamheid als huisarts en het kennen van competenties van zorgverleners[8]. Vooral de artsen met weinig ervaring uiten de nood aan een overzicht van deze competenties[8], hetgeen de rol van de sociale kaart zoals beschreven in dit onderzoek, benadrukt.

De rol van de opleiding inzake deze kennis moet hier echter ook duidelijk benadrukt worden. Tijdens de vergadering met kinesitherapeuten kwam herhaaldelijk naar voor dat huisartsen volgens hen te weinig kennis hebben van het beroep van kinesitherapeut. Zij ervaren een grote onwetendheid van ons als huisartsen naar hun beroep als kinesitherapeut toe. Zij vinden dat dit aan de basis ligt van het gebrek aan communicatie tussen beide beroepen en een belemmering voor de inter-professionele samenwerking vormt. Bijgevolg stipuleren zij dat, indien we een betere onderlinge samenwerking nastreven, dit moet gestart worden in de opleiding. Huisartsen in opleiding, of studenten geneeskunde in het algemeen zouden meer praktisch in contact moeten komen met kinesitherapie, net zoals er in de opleiding ruimte is voor verpleeghulpstages. De tekortkoming van de opleiding wordt in de literatuur ook bevestigd door een studie[14] uit 2011, waarin 82% van de 159 bevraagde HAIO's aangaf dat de sociaaleconomische aspecten van huisartsgeneeskunde en praktijkmanagement, zoals ondermeer kinesitherapie, te weinig aan bod komen tijdens de opleiding.

Uit het onderzoek blijkt dat contact tussen huisartsen en kinesitherapeuten een positieve invloed kan hebben op de gerichte verwijzing van de patiënt. Deze conclusie ligt in overeenstemming met bevindingen uit andere onderzoeken, zoals het feit dat huisartsen die geneigd zijn om contact op te nemen met kinesitherapeuten ook vaker een doorverwijzing maken naar de kinesitherapeut[2] en het feit dat de perceptie van patiënten op de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut verbetert wanneer er contact is tussen beide zorgverleners[11].

Ook de informatiebehoefte van kinesitherapeuten, met name de vraag naar meer patiënteninformatie, is conform de huidige beschikbare informatie[7,10]. Al dient hier opgemerkt te worden dat, hoewel kinesitherapeuten in deze studie eveneens vragende partij waren om inzage in medische beeldvorming te krijgen, het nut van medische beeldvorming door hen eerder als aanvullend en niet essentieel beschouwd wordt. Deze opinie wordt gesteund door een studie[15] waaruit gebleken is dat het klinisch scenario voor kinesitherapeuten een significante bijdrage levert bovenop de medische beeldvorming inzake het diagnosticeren en dus begrijpen van een musculoskeletale aandoening. Andere studies beschrijven verder het feit dat niet alle

kinesitherapeuten bekwaam zijn in het interpreteren van medische beeldvorming[16], dat beeldvorming te vaak onnodig aangewend wordt in de klinische aanpak van vele musculoskeletale aandoeningen, en dat de door beeldvorming gestelde diagnoses altijd in context van de kliniek geplaatst moeten worden[17].

De vraag van kinesitherapeuten naar meer therapeutische vrijheid, zoals gebleken is uit dit onderzoek, werd ook reeds beschreven in de huidige literatuur[7,10,13], ondermeer uit aanbevelingen om het therapievoorstel door artsen meer naar de achtergrond te verdringen[13]. Een bijkomende reden om dit te doen is het feit dat artsen mogelijk niet bewust zijn van het bindend karakter van dergelijk therapievoorstel. Zo blijkt uit de literatuurgegevens dat het vermelden van de therapie door 60% van de huisartsen onterecht als verplicht geacht wordt[9] en dat 72% van de huisartsen die een therapievoorstel specificeren dit eerder suggestief in plaats van limiterend bedoelen[13].

Een tegenstelling met de huidige literatuur die in dit onderzoek werd vastgesteld, is de omschrijving van de diagnose en de impact hiervan op de verwijzing. In de reeds aangehaalde masterproef[7] werden vage diagnoses zoals “lumbalgie” en “schouderpijn” als verbeterpunten geformuleerd, maar uit dit onderzoek blijkt dat een aantal kinesitherapeuten hier toch het nut van inzien. Kinesitherapeuten wensen vooral af te gaan op de kliniek, eerder dan een formele diagnose, zelfs wanneer deze bevestigd wordt door medische beeldvorming.

4.3. Sterktes en zwaktes

Sterktes

De vragenlijst werd verstuurd naar de lokale huisartsenkringen Panacea en OVO, alsook naar een regionale afdeling van de kinesitherapeutische kring Axxon, waardoor een gevarieerd publiek aangesproken kon worden. De uitnodiging tot deelname werd via e-mail verstuurd, waarin de potentiële deelnemers een link konden openen die de online enquête startte. Enkel personen die niet over deze technische vereisten -zoals computer, e-mailadres en de vaardigheden om met elektronische tools te werken - beschikken, konden bijgevolg onmogelijk deelnemen aan het onderzoek. Op die manier werd de selectiebias van dit onderzoek tot een minimum herleid.

Op de vergadering met kinesitherapeuten waren veel jonge kinesitherapeuten aanwezig. Omdat de bekendheid van de professionele aanwezigheid een onderdeel van het onderzoek was, werd ervoor gekozen om dit aspect door een groep jonge kinesitherapeuten te laten toelichten. Op die manier konden we gericht peilen naar hoe recent gestarte kinesitherapeuten deze drempel trachten te overwinnen.

Zwaktes

De online vragenlijst bereikte uiteindelijk 203 huisartsen en 161 kinesitherapeuten. Door regionale huisartsen en kinesitherapeuten te beschouwen als collega’s gezondheidsmedewerkers in eerste lijn, kan hier gesproken worden van een interne distributie. Na het beëindigen van de looptijd van de

vragenlijst werden van huisartsen en kinesitherapeuten respectievelijk 42 en 35 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Relatief betekent dit een response rate van 20% voor huisartsen en 22% voor kinesitherapeuten. Voor een interne distributie valt deze response rate eerder laag te noemen. Als we daarenboven opmerken dat de vragenlijst slechts door 38 huisartsen (90%) en 28 kinesitherapeuten (80%) volledig ingevuld werd, kunnen we verder spreken van een hoog aantal missings.

Een andere tekortkoming van de studie heeft betrekking op de organisatie van de LOK. Idealiter had er een vergadering moeten plaatsvinden waar zowel huisartsen als kinesitherapeuten tegelijk aanwezig waren om op die manier een interne discussie tussen beide partijen op te wekken. Zodoende zouden de bedenkingen en noden van beiden duidelijk gemaakt kunnen worden naar de andere toe. Deze gezamenlijke vergadering was echter praktisch niet mogelijk. Daar de LOK met huisartsen gesponsord werd door een farmaceutische firma, werd de beperking opgelegd om enkel huisartsen uit te nodigen. In kader van de onderzoeksopzet waren we bijgevolg genoodzaakt om ook een gelijkaardige vergadering met kinesitherapeuten te organiseren, teneinde de verschillen in belevingen van beide groepen in kaart te kunnen brengen.

De aanwezige huisartsen op de LOK waren allen afkomstig van Brakel, en slechts één van hen was jonger dan 50 jaar. Een positief effect hiervan is het feit dat de reacties tijdens de LOK afkomstig waren van artsen met veel ervaring. Een negatief effect echter is dat de groep huisartsen hierdoor mogelijk te weinig divers beschouwd kan worden, waardoor de gemaakte conclusies mogelijks niet doorgetrokken kunnen worden naar de gehele huisartsenpopulatie.

De impact van de nieuwe sociale kaart op het verwijsgedrag kon aan de hand van dit onderzoek slechts geschetst worden, maar niet ten gronde bestudeerd. Hiervoor zou de sociale kaart uniform moeten gemakt worden voor elke huisartsenpraktijk binnen dezelfde regionale kring, en zou aan de hand van een voor- en nameting het verwijsgedrag in kaart gebracht kunnen worden. Gezien de beperkte variatie in het kinesitherapeutisch aanbod in de regio van de praktijk, zoals hoger reeds beschreven, bleek dergelijk onderzoek hier weinig zin te hebben.

4.4. Aanbevelingen voor de toekomst

Aanbevelingen voor de toekomst kunnen gemaakt worden voor de samenwerking tussen huisartsen in kinesitherapeuten in het algemeen, de specifieke opleidingspraktijk, en zelfs op gebied van de opleiding huisartsgeneeskunde.

De aanbevelingen op gebied van de algemene samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten hebben voornamelijk betrekking op de communicatie. In België is het kinesitherapievoorschrift een verplicht document dat door een arts verstrekt moet worden om als patiënt toegang te krijgen tot de kinesitherapie. In het licht van de evoluties in de directe toegang tot de kinesitherapie (DTK), die reeds in vele landen behalve België bestaat, dringt de evolutie van een voorschrift naar een gerichte verwijzing zich meer dan ooit op. Concrete voorstellen voor wat de communicatie van huisarts naar kinesitherapeut betreft, zijn ondermeer om een vernieuwd standaardsjabloon te implementeren, waarbij de kinesitherapeut voldoende ruimte voor therapeutische vrijheid krijgt. De focus moet gelegd worden op klachten en patiënteninformatie zoals voorgeschiedenis en medicatie, daar waar

de focus nu voornamelijk ligt op diagnose en therapievoorstel. Er moet ruimte zijn voor verslagen van medische beeldvorming onder vorm van bijlagen aan het voorschrift.
Voor wat de communicatie van kinesitherapeut naar huisarts betreft, onder vorm van kinesitherapeutische verslagen, wordt aanbevolen om verslagen te versturen wanneer zich problemen of onverwachte elementen voordoen tijdens de behandeling. De uitbouw van de computer- en dossierondersteuning moet het mogelijk maken om dit voor beide partijen tijdsefficiënt en dus ook kostenefficiënt te maken.

Een algemene aanbeveling wordt gemaakt om meer contactmomenten te creëren tussen huisartsen en kinesitherapeuten van dezelfde regio, en dit zowel voor 'nieuwe' zorgverleners in de regio als huisartsen en kinesitherapeuten die zich reeds enige tijd gevestigd hebben. Om praktische redenen zouden deze contactmomenten best georganiseerd worden vanuit regionale afdelingen van de overkoepelende organen, zoals de lokale huisartsenkring en lokale kring van kinesitherapeuten. Doel van deze contactmomenten is om huisartsen te informeren over het beroep kinesitherapie, zowel algemeen als op niveau van de individuele praktijk. Dit laatste vormt de brug naar het creëren en onderhouden van een informatieve sociale kaart teneinde patiënten gerichter te kunnen verwijzen.

Op gebied van de opleiding huisartsgeneeskunde pleiten we voor een meer praktische kennismaking met het beroep kinesitherapie tijdens de opleiding.

5. Conclusie

De samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut wordt bemoeilijkt door de gebrekkige communicatie en onvoldoende kennis bij huisartsen rond kinesitherapie. Deze masterproef poogde door middel van een online vragenlijst en aansluitende rondetafelgesprekken met huisartsen en kinesitherapeuten een licht te werpen op de huidige tekortkomingen in deze samenwerking. Huisartsen en kinesitherapeuten pleiten voor meer communicatie, waarbij dit proces reeds gestart kan worden tijdens de opleiding. Vooral kinesitherapeuten zijn vragende partij voor het afstappen van de huidige hiërarchische structuur waarbij de huisarts (aan)beveelt en de kinesitherapeut uitvoert. Zij pleiten voor meer therapeutische vrijheid, waardoor de aanbeveling gemaakt kan worden om het huidige verwijssjabloon te herzien. Verder blijken zowel huisarts als kinesitherapeut voorstander voor een kennismaking tussen beide partijen. Zij zijn beiden van mening dat dit de samenwerking en bijgevolg de gezondheid van de patiënt ten goede kan komen. Een aanbeveling die hieruit geformuleerd kan worden is het creëren van contactmomenten, zoals een presentatie op LOK-vergaderingen. Aan nieuwe kinesitherapeuten wordt dan ook aangeraden om contact op te nemen met de LOK-verantwoordelijke van de huisartsenkring van de regio waarin zij zich vestigen. Tijdens dergelijke contactmomenten bestaat de mogelijkheid om de competenties en subspecialismen te identificeren en deze in de sociale kaart op te nemen. Op die manier is het mogelijk om per huisartsenkring een uniforme sociale kaart te bekomen, met als doel de patiënt met een musculoskeletale aandoening gerichter te kunnen verwijzen.

6. Referenties

1. Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. Journal of the Royal College of General Practitioner. 1989; 39:375-376.
2. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions - a qualitative study. Family Practice. 2003;20:578-582.
3. Jørgensen CK, Olesen F. Predictors for referral to physiotherapy from general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2001;19:48-53.
4. NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatieuitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. 2012.
5. Vermeyen B, Vermoesen D. Het kinesitherapievoorschrift. Domus Medica. 2013.
6. Vermeyen B, Vermoesen D. Communicatie arts - kinesitherapeut. Domus Medica. 2004.
7. Charlier K, Aertgeerts B. De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. Het voorschrift nader bekeken en voorstellen voor een betere communicatie. Masterproef. ICHO. 2009.
8. Merckx I, Bastiaens H, Philips H. Wat is het recept voor gericht verwijzen? Masterproef. ICHO. 2013.
9. Wouters K, Goedhuys J. Het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. Masterproef. ICHO. 2013.
10. Johanns S, Aertgeerts B. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts. Masterproef. ICHO. 2014.
11. Potoms R, Coenen S. Patiëntgerichte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting. Masterproef. ICHO. 2015.
12. De Pauw C, Boeckxstaens P. Fysische activiteit op voorschrift in de huisartsenpraktijk: Van ziektespecifiek bewegingsvoorschrift naar een generiek voorschrift voor patiënten met multimorbiditeit. Masterproef. ICHO. 2016.
13. Schottey N, Vaes P. Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter? Masterproef. ICHO. 2016.
14. Van Nuffel W, Devroey D. Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde. Een behoeftescreening bij jonge huisartsen en huisartsen in opleiding. Huisarts Nu. 2011;40:441-445.
15. Morris A, CooK C, Hassen A. Ohio Physicaltherapists' accuracy in identifying abnormalities on diagnostic images with and without a clinical vignette. International Journal of Sports Physical Therapy. 2014;9(5):674-90.
16. Little T, Lazaro R. Physiotherapists' perceptions and use of medical imaging information in practice. International Journal of Sports Physical Therapy. 2006;11(1):14-23.
17. Deyle GD. Musculoskeletal imaging in physical therapist practice. International Journal of Sports Physical Therapy. 2005;35(11):708-21.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité

Met dit onderzoek willen we nagaan in welke mate de competenties van de huisarts inzake het specificeren van een kinesitherapeutische behandeling voldoen aan de verwachtingen van de kinesitherapeut. Hierbij willen we weten of kinesitherapeuten de door de huisarts vermelde therapie effectief toepassen, of -gezien hun eigen expertise- hiervan afwijken, en, indien dit gebeurt, welke motieven de kinesitherapeut hiervoor heeft. Verder willen we nagaan hoe de ideale verwijsbrief er volgens een kinesitherapeut uitziet, en welke bijkomende informatie rond de patiënt en zijn/haar aandoening,zoals voorgeschiedenis, röntgenfoto's,…(die heden vaak niet vermeld worden op het voorschrift) zij eventueel wensen. Uiteindelijk willen we ook polsen of er een positief effect op de doorverwijzing verwacht wordt als de sociale kaart van de huisartspraktijk, die een lijst met kinesitherapeuten uit de buurt bevat, meer uitgebreide informatie zal bevatten over de verschillende kinesitherapeuten, zoals onder meer eventuele specifieke subspecialisaties.

Het verzamelen van gegevens noodzakelijk voor dit onderzoek zal gebeuren door middel van vragenlijsten die verstuurd zullen worden naar huisartsen en kinesitherapeuten Dit zal gebeuren via de lokale huisartsenkring, alsook door het aanschrijven van de kinesitherapeuten uit de buurt van de praktijk. Aan de hand van deze vragenlijsten waarbij huisartsen en kinesitherapeuten dienen aan te geven in welke mate zij met bepaalde stellingen akkoord zijn, zullen deze bovenstaande items bij beide partijen bevraagd worden.

Na het verzamelen van deze gegevens zullen zij geanalyseerd en statistisch verwerkt worden. De conclusies die op deze manier uit deze vragenlijsten getrokken kunnen worden, zullen vervolgens in een open gesprek met huisartsen en kinesitherapeuten besproken worden. Dit open gesprek zal idealiter plaatsvinden in kader van een LOK (lokale kwaliteitsgroep die dient ter bijscholing). Het doel van dit open gesprek is het trachten formuleren van de knelpunten en tekortkomingen van de huidige manier waarop doorverwezen wordt naar een kinesitherapeut. Aanvullend zal met deze informatie getracht worden een nieuw verwijssjabloon op te stellen die voldoet aan de wensen zoals die zullen blijken uit de vragenlijsten.

Bijlage 2: 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**
	2017/0480	26-jul-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesist.
ManaMa: Lucas Levrau

Belgisch Registratienummer: B670201732194

* Vragenlijsten
  - huisartsen (versie 1.1) dd 27/02/2017
  - kinesisten (versie 1.1) dd 27/02/2017
* Informatieformulier dd. 31/05/2017
  voor patiënten (aangepaste versie ontv. 01/06/2017)
* Antwoord onderzoekers
  definitief antwoord dd,13-07-2017
* Diverse
  akkoord co promotorschap prof. dr. Cools
* Adviesaanvraagformulier aangepaste versie 13-07-2017
* Informatieformulier dd. 13/07/2017
  def. versie 1.2. huisarts en kinesist
* Toestemmingsformulier dd. 13/07/2017
  def. versie 1.2

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**

- *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)*

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**
	2017/0480	26-jul-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0480

- *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 kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut

Doel van de studie:

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

Met dit onderzoek willen we nagaan in welke mate de competenties van de huisarts inzake het specificeren van een kinesitherapeutische behandeling voldoen aan de verwachtingen van de kinesitherapeut. Hierbij willen we weten of kinesitherapeuten de door de huisarts vermelde therapie effectief toepassen, of -gezien hun eigen expertise- hiervan afwijken, en, indien dit gebeurt, welke motieven de kinesitherapeut hiervoor heeft. Verder willen we nagaan hoe de ideale verwijsbrief er volgens een kinesitherapeut uitziet, en welke bijkomende informatie rond de patiënt en zijn/haar aandoening,zoals voorgeschiedenis, Röntgenfoto's,…(die heden vaak niet vermeld worden op het voorschrift) zij eventueel wensen. Uiteindelijk willen we ook polsen of er een positief effect op de doorverwijzing verwacht wordt als de sociale kaart van de huisartspraktijk, die een lijst met kinesitherapeuten uit de buurt bevat, meer uitgebreide informatie zal bevatten over de verschillende kinesitherapeuten, zoals onder meer eventuele specifieke subspecialisaties.

Beschrijving van de studie:

Het verzamelen van gegevens noodzakelijk voor dit onderzoek zal gebeuren door middel van vragenlijsten die verstuurd zullen worden naar huisartsen en kinesitherapeuten, Dit zal gebeuren via de lokale huisartsenkring, alsook door het aanschrijven van de kinesitherapeuten uit de buurt van de praktijk. Aan de hand van deze vragenlijsten waarbij huisartsen en kinesitherapeuten dienen aan te geven in welke mate zij met bepaalde stellingen akkoord zijn, zullen deze bovenstaande items bij beide partijen bevraagd worden.

De verwachte totale duur van de studie is een jaar, waarvan het verzamelen van gegevens door middel van vragenlijsten enkele maanden zou in beslag nemen.

Er zullen in totaal 20 à 60 (minimum 20 en maximum 30 zowel artsen als kinesitherapeuten) personen 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.

Bovendien moet u onderstaande items respecteren:

De vragenlijst dient u volledig in te vullen.

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:

Procedures:

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.

Studieverloop:

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. Vervolgens zullen deze resultaten multidisciplinair (LOK vergaderingen) besproken worden.

Risico’s en voordelen:

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

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 deelnemers voorzien.

Vertrouwelijkheid:

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 (hierbij is er totaal geen terug koppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier).

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. Zoals de wetgeving vereist, al is het risico op schade gering, werd er 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. Levrau Lucas 0497 10 78 48 lucas.levrau@ugent.be

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tot en met 3 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: