Communicatie tussen kinesist en huisarts: nagaan van de validiteit en betrouwbaarheid van een vragenlijst over het kinesitherapeutisch verslag

Dominicus Elisa, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Coorevits Pascal, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Schrans Diego, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2022

Dankwoord

Vooreerst wens ik mijn promotor Prof. Dr. Coorevits Pascal en copromotor Dr. Schrans Diego te bedanken voor de begeleiding tijdens het schrijven van mijn masterproef.

Daarnaast wil ik Emmeline Deloddere en Lore Meuleman, collega HAIO's, bedanken voor de fijne samenwerking bij de realisatie van onze masterproef.

Als laatste wens ik nog mijn lieve partner Zeger Vandenbulcke te bedanken voor de eeuwige steun.

Abstract

Inleiding/doelstelling

Het opzet van deze studie is het opstellen van een betrouwbare en gevalideerde vragenlijst voor kinesisten betreffende de communicatie tussen huisarts en kinesist.
Het bekomen van een betrouwbare en gevalideerde vragenlijst is belangrijk zodat deze in toekomstig onderzoek kan gebruikt worden als instrument om de communicatie tussen huisarts en kinesist te evalueren en op basis hiervan aanbevelingen te kunnen doen.

Methodologie

Vooreerst werd een oriënterend literatuuronderzoek gedaan om aan de hand van deze resultaten een eerste vragenlijst op te stellen. In FASE I werd er een validiteitsstudie uitgevoerd aan de hand van een focusgroep experten. Er werden 3 rondes georganiseerd met 5 experten.
In FASE II werd een test-hertest betrouwbaarheidsstudie uitgevoerd. Deelnemende kinesisten werden gerecruteerd via beroepsvereniging Axxon. In totaal bekwamen we een steekproef van 23 kinesisten. Er werd gevraagd de vragenlijst twee maal in te vullen met een tussentijd van 1 week. De vragenlijst werd opgesteld in en doorgestuurd via de online software REDCap. Statistische analyse gebeurde aan de hand van de intraclass correlatiecoëfficiënt (type two-way mixed, absolute agreement, single measure), standard error of measurement en de Cohen's Kappa-coëfficiënt. Er werd tevens een gepaarde Wilcoxon test uitgevoerd.

Resultaten

Onze betrouwbaarheidsstudie kon aantonen dat 68,5% van de vragen uit de opgestelde vragenlijst een gemiddelde tot goede betrouwbaarheid hebben. Bij 19,5% van de vragen werd aanbevolen kleine aanpassingen te doen om de betrouwbaarheid te vergroten. 12% van de vragen scoorden slecht op betrouwbaarheid.

Limitaties

Limitaties van ons onderzoek waren de selectie- en volunteer-bias, de kans op memory-effect ten gevolge van de relatief korte interval periode van 1 week tussen test-hertestmoment. Daarnaast werd geen poweranalyse gedaan om de benodigde steekproefgrootte te bepalen.

Conclusie

Onze betrouwbaarheidsstudie toont aan dat 68,5% van de vragen uit de opgestelde vragenlijst een gemiddelde tot goede betrouwbaarheid had, bijgevolg kunnen deze gebruikt worden in toekomstig onderzoek. Daarnaast werd bij 19,5% van de vragen aanbevolen om kleine aanpassingen te doen aan de vragen om zo de betrouwbaarheid te vergroten.
We kunnen aldus concluderen dat met 88% van de vragen die worden aanbevolen te gebruiken in toekomstig onderzoek, de resultaten van ons onderzoek gunstig zijn. In toekomstig onderzoek zou onze vragenlijst moeten worden gefinetuned en tenslotte worden gepiloteerd in een grote groep kinesitherapeuten. Op deze manier kunnen er vitale parameters worden geidentificeerd om de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut te bevorderen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 2

2. Literatuurstudie 3

2.1 Methodologie 3

2.2 Resultaten 5

2.3 Discussie 9

3 Kwalitatief onderzoek 10

3.1 Fase I: Validiteitsstudie 10

3.2 Fase II: betrouwbaarheidsstudie 11

3.2.1 Methodologie 11

3.2.2 Statistische analyse 12

3.2.3 Resultaten 13

4 Discussie 19

4.1 Resultaten 19

4.2 Vergelijking met bestaande literatuur 21

4.3 Sterktes en zwaktes 23

4.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 24

5 Conclusie 25

6 Bronnen 26

7 Bijlagen 28

7.1 Bijlage 1: sjabloon kinesitherapieverslag 28

7.2 Bijlage 2: vragenlijst 29

7.3 Bijlage 3: tekstuele antwoorden vragenlijst 40

7.4 Bijlage 4: Goedgekeurd protocol 42

7.5 Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité 51

1. Inleiding

Als 18-jarige schoolverlater stond mijn besluit vast: ik ging kinesitherapie en revalidatiewetenschappen gaan studeren aan de Ugent. Drie jaar had ik nodig om te beseffen dat ik deze richting had gekozen omwille van de foute motieven: vrienden en een onrealistisch beeld van wat de job als kinesist inhield. Na maar liefst 4 jaar lukte het mij om de knoop door te hakken en de overstap te maken naar geneeskunde. Door mijn voorafgaande opleiding in de kinesitherapie en met ondertussen ook mijn master-diploma in de geneeskunde op zak kon ik gemakkelijk vergelijkbare elementen uit beide opleidingen detecteren. Een daarvan was het gebrek aan informatie en eenduidigheid over een goede (of correcte) communicatie tussen artsen en kinesisten. Dit zou nochtans de kwaliteit van de samenwerking sterk kunnen verbeteren.

Zoals te verwachten presenteerde dit probleem zich niet anders in de praktijk. Samenwerkend met 5 collega huisartsen in een groepspraktijk in Astene werd mij al snel duidelijk dat elke arts op een andere manier communiceerde met de kinesist, en dat deze communicatie bovendien ook nog sterk veranderlijk was tot de verschillende kinesisten. In mijn ervaring als HAIO werd dit probleem in deze interdisciplinaire samenwerking ook bevestigd. Door anderzijds te praten met meerdere vrienden werkzaam als kinesitherapeut werd mij van hun kant ook nog duidelijk gemaakt dat de samenwerking met (huis)artsen vaak als frustrerend tot zelfs ronduit teleurstellend wordt ervaren.

Interprofessioneel samenwerken loopt blijkbaar nog vaak vast op rolconflicten en perceptie van terreinoverschrijding inzake bevoegdheden en competenties (1). Nochtans speelt interdisciplinair samenwerken een belangrijke rol in de eerstelijnszorg en kunnen we vandaag de dag gerust stellen dat een goede samenwerking een echte meerwaarde is voor de kwaliteit van zorg. De aanpak van dit probleem zou dus kunnen worden gezien als een uitdaging om de unieke inbreng van elke discipline veeleer als complementair te gaan zien met de bedoeling de gezamenlijke behandeling van de patiënt te verdiepen en de kwaliteit van de behandeling te optimaliseren.

Jammer genoeg is er niet veel onderzoek verricht naar deze specifiek interdisciplinaire communicatievorm en zijn er slechts enkele noemenswaardige studies gepubliceerd over dit onderwerp. Daarnaast schreven wel enkele huisartsen in opleiding over dit onderwerp hun masterproef. Hierbij werd frequent gebruik gemaakt van een enquête als meetinstrument. Bij nader inzicht werd me duidelijk dat deze enquêtes niet getoetst werden op validiteit en/of betrouwbaarheid. Zonder deze studies als waardeloos te omschrijven, integendeel zelfs, de ware uitkomst hoeft niet veraf te liggen van hun resultaten, lijkt het me belangrijk om methodologisch onderbouwd onderzoek uit te voeren om waarheidsgetrouwe conclusies te kunnen trekken voor de toekomst.

Vanuit deze overwegingen koos ik als opzet van mijn studie **'het nagaan van de validiteit en de betrouwbaarheid van een vragenlijst over het kinesitherapeutisch verslag**' en leg hiermee de focus op de communicatie van kinesist naar de huisarts.

De resultaten van deze thesis zouden een eerste stap kunnen zijn tot het opmaken van enkele aanbevelingen ter verbetering van de manier van interdisciplinair communiceren ter bevordering van een meer kwaliteits- en succesvolle samenwerking tussen kinesist en huisarts.

2. Literatuurstudie

Bij het schrijven van deze thesis met het oog op verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesist dienden we vooreerst zorgvuldig na te gaan welke literatuur reeds over dit topic bestaat. Aan de hand van een literatuurstudie trachtten we te weten te komen waar de valkuilen zitten in de communicatie tussen huisarts en kinesist om zo een kritische bespreking te maken van de meest relevante informatie. Daarnaast fungeert de literatuurstudie ook als leidraad voor het opstellen van een eerste versie van onze vragenlijst. De specifieke onderzoeksvragen die we trachtten te beantwoorden met dit literatuuronderzoek zijn:

- Wat zijn de noden van de huisarts en de kinesist wat betreft de communicatie van kinesist naar huisarts (specifiek toespitsend op het kinesitherapeutisch verslag)?
- Wanneer, via wel kanaal en over welke inhoud willen arts en kinesist communiceren?
- Welke elementen ervaren beide partijen als struikelblokken voor een goede communicatie?

2.1 Methodologie

Er werd gewerkt met een trapsgewijze zoekstrategie voor onze literatuurstudie. Inclusiecriteria waren artikels die de globale communicatie tussen huisarts en kinesist beschrijven en die bovendien ook specifieke informatie bevatten over het kinesitherapeutisch verslag. De literatuur moest binnen de laatste 10 jaar gepubliceerd zijn. Artikels moesten geschreven zijn in het Nederlands of Engels.

Exclusiecriteria waren artikels die de communicatie tussen de huisarts en kinesist beschreven maar enkel het luik van het kinesitherapeutisch voorschrift belichtten, literatuur die meer dan 10 jaar geleden werd gepubliceerd en literatuur die in een andere taal werd geschreven dan in het Nederlands of Engels.

Initieel werden de **richtlijnen en consensusteksten** (ook wel quaternaire bronnen) gescreend naar bruikbaarheid. Hiervoor werd beroep gedaan op de richtlijnen van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) en Domus medica met zoektermen: “kinesist”, “kinesitherapie”, “fysiotherapie”, “interdisciplinair” en “communicatie”. Op basis van titel en abstract werden er 2 NHG-richtlijnen weerhouden. Één van deze twee artikels werd echter tijdens het oriënterend lezen geëxcludeerd op basis van de inhoud.
Naderhand werd beroep gedaan op de NICE guidelines, EBMpraticenet en database Dynamed. Er werd gezocht met volgende zoektermen: “physiotherapist”, “physiotherapy”, “physiotherapist communication”, “interdisciplinairy”. De verschillende bronnen leverden respectievelijk 280, 264 en 218 artikels op. Op basis van titel en korte abstract werden er 0 artikels weerhouden.

Nadien werden **kritische besprekingen** (ook wel tertiaire bronnen) gezocht via de database Minerva. Nederlandse zoektermen “kinesist”, “kinesitherapie”, “kinesist EN communicatie”, “interdisciplinair” werden ingevoerd. Deze trefwoorden leverden 18 artikels op waarvan er op basis van titel en abstract 0 bruikbaar waren voor ons onderzoek. De database van Clinical evidence werd doorzocht met de Engelse trefwoorden “physiotherapist AND communication” en “interdisciplinairy”. Deze trefwoorden leverden 0 hits op.

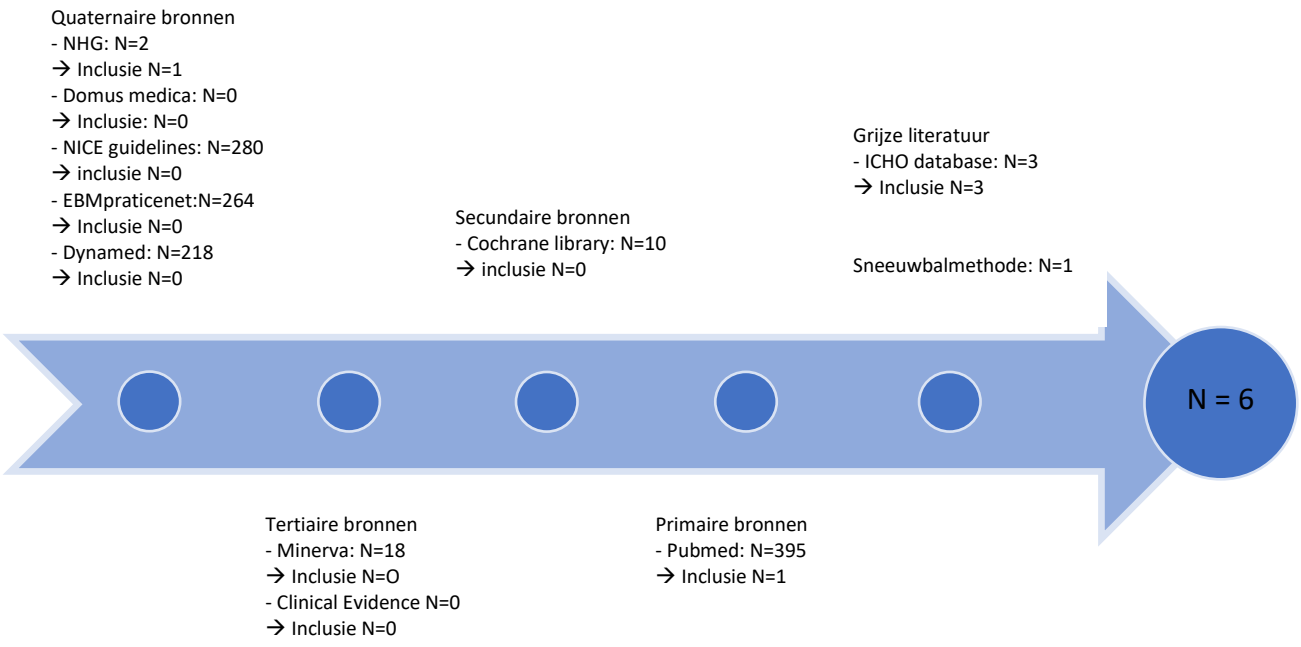
Vervolgens gingen we op zoek naar **systematische reviews en meta-analyses** (ook wel de secundaire bronnen). Hiervoor werd de Cochrane library geraadpleegd. Met de uitgebreide zoekfunctie leverden volgende zoektermen“physiotherapist AND multidisciplinairy”, “physiotherapist AND communication” respectievelijk 6 en 4 reviews op. Er werden geen reviews weerhouden op basis van titel en abstract voor ons onderzoek.

Oorspronkelijk publicaties (ook wel primaire bronnen) werden gezocht via Mesh-termen op PubMed. ("Physical Therapists"[Mesh] OR "Physiotherapists"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) leverde 261 hits op waarvan 5 artikels werden weerhouden op basis van titel en abstract. Vier artikels werden tijdens het oriënterend lezen geëxcludeerd op basis van de inhoud. ("Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND (("Family Practice"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh])) leverde 134 artikels op waarvan er 0 bruikbaar waren voor ons onderzoek.

Een bemerking bij het gebruik van de zoektermen is dat er meerdere Engelse vertalingen bestaan voor het woord ‘kinesist/kinesitherapeut’. Afhankelijk van regionale verschillen wordt er namelijk gesproken over een *physical therapist* of een *physiotherapist* (2) . Nog een regionaal verschil uit zich in het feit dat de kinesist in Nederland een fysiotherapeut wordt genoemd.

Daarnaast werd ook in de grijze literatuur gezocht naar bruikbare publicaties. Zo werden in de ICHO database 3 masterproeven teruggevonden die op basis van titel en abstract werden geincludeerd in ons literatuuronderzoek.

Bovenstaande trapsgewijze zoekstrategie werd gecombineerd met de sneeuwbalmethode, waarbij de literatuurlijst van de recentste artikels en artikels die het meest aanleunden bij onze onderzoeksvraag werden gescreend op relevante bronnen. Aan de hand van deze methode werd nog 1 artikel gevonden dat bruikbaar was voor ons onderzoek.



2.2 Resultaten

NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap) en **KNGF** (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) maakten in **2012** een richtlijn op om communicatie tussen Nederlandse kinesisten en huisartsen te bevorderen. Deze richtlijn doet aanbevelingen voor gepaste momenten van informatie uitwisseling. Daarnaast bevat de richtlijn gebruiksvriendelijke sjablonen die zowel huisarts als kinesist kunnen gebruiken om gegevens op een gemakkelijke en betrouwbare manier door te sturen via elektronische software systemen (3).

Suggesties voor het **tijdstip van informatie-uitwisselingen** waren de volgende (3):

- Verwijzing naar de kinesist voor een eenmalig consultatief kinesitherapeutisch onderzoek
    - Huisarts stuurt eenmalig verwijsbrief naar kinesist
    - Kinesist stuurt eenmalig resultaten terug naar huisarts
- Verwijzing naar de kinesist voor behandeling:
    - Kinesist stuurt na afronding van de behandeling een eindverslag
    - Kinesist stuurt een tussentijds evolutie-verslag bij afwijkend beloop van behandeling of periodiek bij langdurige behandeling (1-2x per jaar)
    - Kinesist heeft extra informatie nodig voor verdere behandeling en stuurt hiervoor eenmalig een bericht naar de huisarts

De richtlijn bevat **sjablonen voor informatie-uitwisseling** die steeds bestaan uit een vaste drieledige indeling (3):

- Envelop rubriek: bevat administratieve en logistieke gegevens die, indien de zorgverlener werkt met een elektronische softwareapplicatie, automatisch kunnen worden ingevuld.
- Kern rubriek: bevat in compacte vorm alle informatie die de ontvanger snel en duidelijk een zicht geeft op de problematiek/ resultaat van het onderzoek/ resultaat van behandeling.
- Bijlage rubriek: bevat alle overige relevante informatie die door de ontvanger optioneel kan worden doorgenomen. Indien de zorgverlener werkt met een softwareapplicatie kan deze informatie automatisch worden ingevuld.

Sommige rubrieken zijn hierbij verplicht. Andere rubrieken mogen naar eigen keuze worden ingevuld.

In een kwalitatieve studie van **Hayward en Willcock (2015)** werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 7 huisartsen en 7 kinesisten werkzaam in Australië (4):

Wat betreft het **medium van communicatie** waren alle participerenden het erover eens dat geschreven informatieoverdracht tussen huisarts en kinesist de voorkeur geniet. Hierop vormen de urgente situaties (niet verder gespecificeerd) een uitzondering waarbij zo goed als alle deelnemers een telefonisch contact als voorkeurs-medium aangaven (4).

Artsen vonden het belangrijk volgende **informatie** van de kinesist te ontvangen (4):

- De kinesitherapeutische diagnose, om op die manier hun eigen kennis te testen (‘heb ik de juiste diagnose gesteld?’) en om daarnaast in te kunnen schatten of er geen tegenstrijdige informatie de patiënt zou bereiken

- De zinvolheid van de doorverwijzing (‘kan er winst worden geboekt met zijn/haar therapie?’)
- Een opsomming van reeds uitgevoerde behandelingen
- Resultaten van de behandelingen aan de hand van objectieve parameters (zoals bv. ROM of pijnscores)
- Vermoedelijke lange termijn uitkomsten

Beide beroepsgroepen gaven aan dat onderlinge communicatie beknopt (bv. aan de hand van oplijsting in puntjes), specifiek en duidelijk moet zijn (4).

Zowel huisartsen als kinesisten waren vragende partij voor het opstellen van een **‘*management plan*’.** Hierbij stelt de huisarts een tijdspanne op waarbinnen verbetering van de klachten wordt verwacht of, indien bepalen van deze periode te moeilijk zou zijn, wanneer patiënt moet worden terugverwezen naar de huisarts voor eventuele verdere onderzoeken. Het specifiëren van een management plan met zijn tijdsdoelen zou de kans verhogen dat huisarts en kinesist sneller op eenzelfde golflengte zitten, zou de de kinesist een duidelijk idee geven van wanneer hij/zij terug contact moet opnemen met de arts en zou bevorderlijk kunnen zijn voor het rechtzetten van onrealistische verwachtingen van de patiënt (4).

De onderlinge communicatie tussen huisarts en kinesist werd in **2015** onderzocht door **Dr**. **Schottey Nathalie** in haar masterproef tot het behalen van de titel van master in de huisartsgeneeskunde. Op basis van literatuuronderzoek werden 2 gestructureerde vragenlijsten opgemaakt waarvan een voor de huisarts en een voor de kinesist. In totaal waren er 219 respondenten waarvan 50 huisartsen en 169 kinesisten (5).

Uit dit onderzoek bleek dat zowel artsen als kinesisten vonden dat er **te weinig wordt gecommuniceerd**. Dit geldt voor 46% van de artsen en 64% van de kinesisten (5).

Daarnaast bleek ook dat 94% van de artsen een kinesitherapeutisch verslag wensen te ontvangen. Hiervan wenst 60% dit enkel te ontvangen indien er zich problemen stellen tijdens de behandeling en 34% een verslag te ontvangen na afloop van elk kinevoorschrift. In de praktijk komen kinesisten hier grotendeels aan tegemoet waarbij 68% communiceert als er zich problemen voordoen. Echter slechts 16% zou dit doen na elke afgelopen kinevoorschrift (5).

Wat betreft **voorkeur van communicatiemedium** gaven de artsen aan informatie-uitwisseling via beveiligde software te prefereren (76%). Daarnaast worden schriftelijke verslagen (meegegeven aan patiënt) (38%) of aan telefonisch overleg (32%) als goede opties aangegeven. Het merendeel van de kinesisten gaf aan in de praktijk effectief schriftelijke informatie mee te geven met patiënt (58%) en daarnaast ook per post te communiceren (20%). Slechts 20% communiceert met de huisarts via een beveiligde software. Een kleine meerderheid van de kinesisten (59%) schrijft het verslag aan de hand van een standaardsjabloon en 70% gebruikt hiervoor uitgewerkte medische software (5).

De **inhoud van het kinesitherapeutisch verslag** was bij een kleine meerderheid (56%) uitgebreid (bestaande uit anamnese, K.O., behandeling en resultaten). Hier tegenover staat dat het overgrote merendeel van de artsen (76%) een kort en bondig verslag verkiest (5).

Op basis van de resultaten maakte Schottey een aanbeveling voor een standaard sjabloon van het kinesitherapeutisch verslag (terug te vinden in bijlage 1: sjabloon kinesitherapieverslag). (5).

In **2014** zette **Dr. Stephanie Johanns** een onderzoek op voor haar masterproef tot het behalen van de titel van master in de huisartsgeneeskunde. De gestructureerde vragenlijsten die hiervoor werden opgesteld peilden naar meerdere aspecten van communicatie tussen arts en kinesist en de kennis over E-health en gegevensuitwisseling. In totaal waren er 380 respondenten waarvan 48% kinesist, 38% arts (35% huisarts en 3% specialist) en 14% patiënten (6).

Vergelijkbaar met de resultaten van het onderzoek van Schottey (2015) gaf het merendeel van de participerende kinesisten (53%) en huisartsen (57%) aan de **communicatie tussen beide beroepsgroepen onvoldoende** te vinden. Anderzijds vond eenzelfde hoeveelheid artsen en kinesisten dat er wel voldoende communicatiemiddelen voorhanden zijn (6).

De resultaten van dit onderzoek toonden ook aan dat huisartsen en kinesisten voorstander zijn van de **manier van communicatie** via een beveiligde elektronische weg. Van de huisartsen gaf 89% aan toegang te hebben tot deze elektronische communicatietools in tegenstelling tot slechts 15% van de kinesisten. In het verlengde hiervan werd duidelijk dat huisartsen E-health en de faciliteiten hiervan beter kenden. Desalniettemin waren 76% van de kinesisten vragende partij voor communicatie via elektronische weg. Zowel artsen (100%) als kinesisten (84%) waren uitgesproken voorstander van het rechtstreeks verwerken van het kinesitherapeutisch verslag in het elektronisch medisch dossier (6).

Na afloop van de enquête konden de deelnemers vrije opmerkingen geven. Opvallend was het feit dat vooral kinesisten gebruik maakten van deze optie. Uit een totaal van 72 opmerkingen kwamen vooral volgende **struikelblokken in communicatie** naar boven (6):

- Perceptie dat sommige artsen een superioriteitsgevoel hebben ten opzichte van de kinesist
- De indruk dat de verslagen niet worden gelezen omwille van desinteresse en tijdsgebrek vanwege de arts
- De indruk hebben dat de communicatie van één kant komt
- Weerstand om telefonisch contact op te nemen omwille van vrees de arts te storen.
- Het schrijven van een verslag wordt ervaren als een tijdrovend proces waar tegenover momenteel geen vergoeding staat
- De hoge kostprijs van beveiligde elektronisch brievenbussen
- Een gebrek aan voorkennis van de huisarts over het kinesitherapeutisch beroep

Een derde masterproef die werd geïncludeerd was deze van **Lucas Levrau** die in **2017** werd geschreven voor het behalen van de titel van master in de huisartsgeneeskunde (7). Ook voor dit onderzoek werden online vragenlijsten opgemaakt. Deze werden ingevuld door 38 huisartsen en 28 kinesisten. In een tweede stap werden de bekomen resultaten als stellingen geponeerd tijdens 2 LOK-vergaderingen (een voor elke beroepsgroep). Ondanks het feit dat deze masterproef vooral focuste op het kinesitherapeutisch voorschrift konden we enkele interessante zaken weerhouden voor ons eigen onderzoek.
Zo werd duidelijk dat meer dan 70% van de deelnemende artsen het belangrijk vond om op de hoogte te worden gebracht van een tussentijdse progressie en daarnaast 85% het belangrijk vond

om een eindverslag te krijgen. Tijdens de discussies van de LOK-vergadering met huisartsen werd dit evenwel genuanceerd. Huisartsen wensten voornamelijk een tussentijds verslag te ontvangen bij complicaties of bij een afwijkend beloop van behandeling. Ongeveer de helft van de kinesisten vond het waardevol om een verslag naar de huisarts te sturen (7).

Vergelijkbare met de masterproef van Johanns (2014) waren de **drempels voor de communicatie** (7)**:**

- Het tijdsrovend aspect van het schrijven van een verslag
- Het feit dat er geen vergoeding tegenover staat
- De perceptie dat artsen het verslag vaak niet lezen

Ook het **contactmedium** werd kort besproken tijdens een van de LOK-vergaderingen. De meeste aanwezigen communiceerden op dat moment via e-mail maar dit werd door beide partijen als omslachtig omschreven: voor de kinesisten omdat ze vaak niet beschikken over de emailadressen en voor de artsen omdat de mails niet automatisch in het patiëntendossier terechtkomen (7).

Daarnaast werd duidelijk dat 80% van de kinesisten zou afwijken van de vermelde therapie op het kinesitherapeutisch voorschrift indien hij/zij van mening is dat dit niet de meest passende therapie is voor het specifieke probleem. Ongeveer de helft van de kinesisten zou dit dan ook melden aan de huisarts. Drempels om hierover te communiceren waren:

- Angst om de arts te storen (30%)
- Angst om minder doorverwijzingen te krijgen in de toekomst (20%)

Daartegenover staat dat 84% van de huisartsen graag op de hoogte wordt gebracht van deze alternatieve aanpak. Tijdens de LOK-vergadering gaven enkele artsen effectief aan een telefonisch overleg als storend te ervaren. De kinesisten ervaren telefonisch contact dan weer als een drempel. Beide partijen gaven aan om communicatie over dit onderwerp te prefereren via elektronische weg (7).

Één van de belangrijke taken van de kinesist is het vermogen om in te schatten of een patiënt moet worden (terug)verwezen naar de huisarts. Dit vereist een continue alertheid en waakzaamheid voor het ontdekken van rode vlaggen[1]. **Boissonnault en Ross (2012)** bestudeerden aan de hand van 78 gepubliceerde case-reports van verwijzingen deze fundamentele screeningsrol van de kinesist (8).

Van alle patiënten die werden (terug)verwezen gebeurde dit in 74,4% van de gevallen na het eerste bezoek aan de kinesist. De overige 25,6% werd verwezen op een later tijdstip van kinesitherapeutische behandeling, waarbij de gemiddelde tijd tot verwijzing 2,5 weken was. Meerdere elementen voor verwijzing werden gedocumenteerd:

- Informatie uit de voorgeschiedenis
- Informatie uit het klinisch onderzoek
- Het gebrek aan of onverwachte respons op behandeling
- Onverklaarbare verergering van symptomen of het ontwikkelen van nieuwe klachten die weinig verenigbaar zijn met de initiële diagnose

Meestal was een combinatie van deze elementen tijdens de zorgperiode de trigger voor uiteindelijke (terug)verwijzing (8).

[1] Rode vlaggen: signalen en symptomen van ziekte die directe medische aandacht vereisen.

2.3 Discussie

Wat voorop staat is dat zowel de grote meerderheid van kinesisten als van de huisartsen de communicatie tussen beide beroepsgroepen onvoldoende vindt (4-6).

In meerdere studies werd aangetoond dat huisartsen, mogelijks tot de verbazing van kinesisten, op bepaalde momenten een kinesitherapeutisch verslag zeer wenselijk vinden (3-6).

Artsen geven aan vooral geïnformeerd te willen worden indien er zich problemen stellen tijdens de behandeling. Daarnaast zijn ook tussentijdse- en eindverslagen gewenst (4,6). Ook de richtlijn die in 2012 werd opgemaakt door de NHG en KNGF stelde deze vaste momenten van communicatie voor (3).

Het voorkeurs-medium van communicatie van huisartsen was duidelijk de beveiligde elektronische software (4-6). Ook de kinesisten zijn hiervan voorstander (5), maar het blijft onduidelijk waarom zij er zo weinig talrijk gebruik van maken in de praktijk (5,6). De huidige manier van communicatie blijft echter zeer uiteenlopend. Voor urgente situaties gaat de voorkeur uit naar telefonisch contact (3).

Informatie die de huisartsen als zinvol inschatten zijn de kinesitherapeutische diagnose, de zinvolheid van doorverwijzing, de uitgevoerde behandelingen, de resultaten van behandeling, de lange termijn uitkomsten (3). Het belang van duidelijke en beknopte informatie werd in meerdere studies en 1 richtlijn benadrukt (1,3,4). Daartegenover staat dat vele kinesisten nog uitgebreid verslag uitbrengen (4).

Kinesisten ervaren meerdere struikelblokken in communicatie met de huisarts. Deze omvatten perceptie van superioriteitsgevoel en desinteresse en tijdsgebrek vanwege de arts. Anderzijds speelt bij de kinesist de vrees om de arts te storen, het tijdsrovend karakter van de verslaggeving en het feit dat er geen vergoeding tegenover staat (5,6).

Het is belangrijk te benadrukken dat na ons literatuuronderzoek duidelijk werd dat er weinig hoogstaand kwaliteitsonderzoek gebeurde naar de relatie arts-kinesist en de communicatie tussen beide. De meetinstrumenten van beschreven studies werden namelijk niet getest op betrouwbaarheid en validiteit. Het nagaan hiervan is van fundamenteel belang in wetenschappelijk onderzoek aangezien we zonder geen waarheidsgetrouwe conclusies kunnen trekken uit de bekomen resultaten (9).

3 Kwalitatief onderzoek

Voor het opzetten en interpreteren van de validiteitsstudie en betrouwbaarheidsstudie werd samengewerkt met twee collega HAIO's: Emmeline Deloddere en Lore Meuleman, die parallel lopend aan dit onderzoek de betrouwbaarheid en validiteit nagingen van een vragenlijst voor huisartsen betreffende communicatie tussen huisarts en kinesist.
Initieel stelden wij voor elke discipline een vragenlijst op die werd gebaseerd op de resultaten bekomen uit ons literatuuronderzoek. Deze initiële vragenlijsten werden opgedeeld in 5 grote onderdelen: de frequentie van communicatie, het type communicatiemiddel, de inhoud van het kinesitherapeutisch verslag, de ervaren barrières bij het communiceren en een socio-demografische bevraging. Het gros van de vragen werd opgesteld aan de hand van een 5 points likert-schaal.

3.1 Fase I: Validiteitsstudie

Met onze validiteitsstudie werd getracht te onderzoeken of de vragenlijsten een representatieve afspiegeling zijn van het kennisdomein van het te onderzoeken concept.

De validiteit van onze vragenlijst werd nagegaan door een analyse aan de hand van een focusgroep experten met de bedoeling na te gaan of zij het meetinstrument als valide zagen en feedback te geven voor verdere aanpassingen. Experten werden gerekruteerd op verschillende manieren. Drie van de vijf experten waren ons reeds gekend doordat wij eerder met hen hadden samengewerkt. Een vierde expert werd gerekruteerd via een mail met oproep naar Axxon beroepsvereniging kinesitherapie. De laatste expert werd gerekruteerd via een mail met oproep naar Carecoach (gespecialiseerd in eHealth ICT-infrastructuur). De experten kenden elkaar niet op voorhand en vormden een evenwichtige representatie van de onderzoeksgroepen.

Dit expertenpanel bestond uit:

1) 2 kinesitherapeuten (1 werkzaam in het ziekenhuis en eveneens bestuurslid van de beroepsvereniging Axxon, de andere werkzaam in de privésector)
2) 2 huisartsen (waarvan 1 eveneens sportarts)
3) 1 persoon in het bezit van een master kinesitherapie en momenteel werkzaam als IT-instructeur bij Carecoach

Op 6/05/2021 vond een eerste online overlegmoment plaats. Voorafgaand aan het eerste overlegmoment werden de ethisch goedgekeurde vragenlijsten reeds doorgemaild naar de experten.

Doel van de overlegmomenten was drieledig:

1) Nagaan van de relevantie van de vragen
2) Nagaan van de verstaanbaarheid van de vragen (vocabulair/ grammaticaal/ beroepsgebonden termen)
3) Nagaan of er ontbrekende zaken zijn. Er werd eveneens ruimte gelaten voor vrije opmerkingen

Een moderator zorgde ervoor dat iedereen ongeveer evenveel aan bod kon komen.

Na dit overlegmoment werden de vragenlijsten aangepast aan de feedback van het expertenpanel en vervolgens werden ze opnieuw verzonden via mail naar de experten.

Op 17/06/2021 vond een tweede online overlegmoment plaats. Er werden nadien opnieuw aanpassingen gedaan. Vervolgens werden de vragenlijsten in het onlinesoftwaresysteem REDCap (Research Electronic Data Capture) gestoken en aan de experten gevraagd deze online in te vullen. Via mail konden de experten ons een laatste keer van feedback voorzien ter finalisatie van de vragenlijsten.

De finale vragenlijst voor kinesisten bestond uit verschillende subgroepen zoals hieronder beschreven (finale vragenlijst terug te vinden in bijlage 2: 'vragenlijst')

1) Communicatie: 9 vragen, aan de hand van 5 punts likert schaal gaande van sterk oneens (1) tot sterk mee eens (5). De antwoorden op deze vragen werden beschouwd als interval variabelen.
2) Communicatiemiddelen: 6 vragen, aan de hand van meerkeuzevraag met één antwoordmogelijkheid. De antwoorden op deze vragen werden beschouwd als nominale variabelen. Daarnaast was er een vrije tekst optie.
3) Kinesitherapeutisch verslag: 12 vragen, aan de hand van 5 punts likert schaal gaande van sterk oneens (1) tot sterk mee eens (5). Daarnaast 1 vraag met ja/neen antwoordmogelijkheid. Antwoorden op deze laatste vraag werden beschouwd als nominale variabelen. Daarnaast was er een vrije tekst optie.
4) Barrières: 9 vragen, aan de hand van 5 punts likert schaal gaande van sterk oneens (1) tot sterk mee eens (5).
5) Socio- demografische gegevens: 12 vragen

3.2 Fase II: betrouwbaarheidsstudie

3.2.1 Methodologie

Met onze betrouwbaarheidsstudie werd getracht te meten in welke mate een meetinstrument stabiele en consistente resultaten oplevert. In het kader van deze studie werd gekozen voor het nagaan van de test-hertest betrouwbaarheid. Hiervoor werd een studiepopulatie van 25 kinesisten samengesteld die werden gevraagd om onze vragenlijst 2 keer in te vullen met 1 week tussentijd. Deelnemende kinesisten werden gerekruteerd via een oproepmail die werd verzonden naar alle leden van de beroepsvereniging Axxon. Kinesisten kregen in deze mail uitleg over het doel van de studie en de te verwachten tijdsinvestering. Zij werden daarnaast op de hoogte gebracht van het anonieme verloop van de studie en werden geïnformeerd dat er geen vergoeding werd voorzien voor deelname aan de studie. Kinesisten die zich vervolgens aanmeldden moesten voldoen aan de inclusiecriteria: afgestuurde kinesisten, werkzaam in de privésector. Exclusiecriterium: solitair werkzaam in het ziekenhuis. Vooraleer de deelnemers konden beginnen aan de vragenlijst werd hun geïnformeerde toestemming gevraagd. Kinesisten die geen geïnformeerde toestemming gaven konden niet starten aan de vragenlijst. De vragenlijst werd enkel in het Nederlands opgesteld en verliep via de onlinesoftware REDCap (Research Electronic Data Capture). Van de 25 kinesisten vervolledigden uiteindelijk 23 kinesisten de vragenlijst op de 2 vooropgestelde momenten.

3.2.2 Statistische analyse

De test-hertest betrouwbaarheid geeft ons een indicatie van de stabiliteit van het meetinstrument over tijd (10). Een statistische test die de betrouwbaarheid van een meetinstrument onderzoekt moet naast de graad van correlatie ook de overeenkomst tussen metingen weergeven (11).

De absolute en relatieve betrouwbaarheid van de interval variabelen (vragen aan de hand van een likert schaal) werden respectievelijk geanalyseerd aan de hand van standard error of measurement SEM(%) en de intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC). Het gebruikte ICC-model was de two-way-mixed, absolute agreement, single measures. Absolute betrouwbaarheid vertelt ons iets over de precisie van een score (stabiliteit van scores van een individu). Terwijl de relatieve betrouwbaarheid ons iets vertelt over de mate van overeenstemming tussen twee herhaaldelijk gemeten waardes (12). Betrouwbaarheid van de nominale variabelen werd beoordeeld aan de hand van Cohen's Kappa-coëfficient.

Waarden van zowel Cohen's Kappa-coëfficient als ICC varieren tussen de 0 en 1 met een sterkere betrouwbaarheid hoe dichter aanleunend bij waarde 1. Volgens Cichetti en Sparrow (1981) geldt dat ICC waarden <0,40 indicatief zijn voor een slechte betrouwbaarheid, tussen 0,4 en 0,59 gemiddelde betrouwbaarheid, tussen 0,6 en 0,74 goede betrouwbaarheid, en tussen 0,75 en 1 uitstekende betrouwbaarheid (13). Volgens Landis en Koch (1977) geldt dat Kappa waarden <0,40 indicatief zijn voor een slechte betrouwbaarheid, tussen 0,4 en 0,59 gematigde betrouwbaarheid, tussen 0,6 en 0,79 substantiele betrouwbaarheid, tussen 0,8 en 1 bijna perfecte betrouwbaarheid (14).

Voor de SEM(%) bestaan geen richtlijnen wat betreft specifieke cutoff waarden. Enkele vergelijkbare test-retest studies beschrijven echter een SEM% <10% indicatief voor een perfecte betrouwbaarheid (15-17) een SEM% <15% indicatief voor een goede tot acceptabele betrouwbaarheid (15,16,18,19) en een SEM% >20% indicatief voor een slechte betrouwbaarheid (19).

Aan de hand van de gepaarde Wilcoxon test werd onderzocht of er significante verschillen konden worden aangetoond tussen de resultaten van de vragenlijst afgenomen op de twee tijdstippen.

Voor data analyse werd gebruik gemaakt van SPSS versie 28 (20). SEM (%) waarden werden manueel berekent in Excel. Het significantielevel werd bepaald op $P<0,05$.

Sociodemografische gegevens werden beschreven aan de hand van cijfers en percentages.

3.2.3 Resultaten

Tabel 1 – Sociodemografische gegevens

		Frequentie (%)
Geslacht	Man	12 (52,2%)
	Vrouw	11 (47,8%)
Leeftijd	20-30j	10 (43,5%)
	31-40j	8 (34,8%)
	41-50j	3 (13%)
	51-60j	2 (8%)
	>60j	0 (0%)
Werkzaam in type praktijk	Solopraktijk	16 (69,6%)
	Duo- of groepspraktijk	4 (17,4%)
	Solo + duo- of groepspraktijk	3 (13%)
	Wijkgezondheidscentrum	0 (0%)
	Multidisciplinaire praktijk	0 (0%)
Werkzaam in type gebied	Ruraal	8 (34,8%)
	Stedelijk	13 (56,5%)
	Niet gespecifieerd	2 (8,7%)
Is er een huisarts werkzaam in uw praktijk ?	Ja	0 (0%)
	Neen	23 (100%)
Aantal jaren praktijkervaring	0-10	16 (69,6%)
	11-20	4 (17,4%)
	21-30	2 (8,7%)
	31-40	1 (4,3%)
	>40	0 (0%)
Aantal patiënten per week	20-40	3 (13%)
	41-60	6 (26%)
	61-80	10 (43,5%)
	81-100	3 (13%)
	>100	1 (4,5%)
Aantal kinesitherapeutische verslagen per week	0-5	21 (91,3%)
	6-10	2 (8,7%)
	>10	0 (0%)

Sociodemografische gegevens zijn terug te vinden in tabel 1.
In totaal namen 25 kinesisten deel aan onze betrouwbaarheidsstudie. Waarvan 23 kinesisten de vragenlijsten vervolledigden op beide tijdstippen. We zagen een homogene verdeling in de deelnemersgroep qua geslacht met 52,5% deelnemende mannen en 47,8% deelnemende vrouwen. De overgrote meerderheid (78,3%) bevond zich in de leeftijdscategorie 20-40 jaar. Bijgevolg konden we vaststellen dat de grootste groep (69,6%) tussen de 0-10 jaar praktijkervaring heeft. Het merendeel is werkzaam in een solopraktijk (69,6%), met een kleine meerderheid van 56,5% die werkt in stedelijk gebied. Geen enkele kinesist gaf aan werkzaam te zijn in een praktijk waar ook een huisarts werkt. 43,5% en 26% van de kinesisten behandelt respectievelijk 61-80 en 41-60 patiënten per week. De overgrote meerderheid (91,3%) schrijft 0-5 kinesitherapeutische verslagen per week naar de huisarts.

Tabel 2 – Resultaten interval variabelen

	ICC waarde* (95% - BI)	ICC P-waarde**	SEM waarde (SEM%)	Gepaarde Wilcoxon P-waarde**
Communicatie				
1. Er wordt voldoende gecommuniceerd door kinesitherapeuten richtingen huisartsen	0,631 (0,308-0,825)	< 0,001	0,53 (14,5)	0,380
2. Er wordt voldoende gecommuniceerd door huisartsen richting kinesitherapeuten	0,792 (0,575-0,905)	<0,001	0,33 (16,20)	0,180
3. Ik vind overleg met huisartsen belangrijk en zinvol	0,402 (-0,016-0,697)	0,029	0,47 (10,86)	1,000
4. Ik vind het zinvol een verslag op te maken aan het einde van een behandeling	0,549 (0,178-0,781)	0,003	0,54 (14,60)	0,782
5. Ik vind het zinvol een verslag op te maken, indien het gewenste resultaat niet bereikt werd	0,550 (0,181-0,782)	0,003	0,39 (8,92)	0,705
6. Ik vind het zinvol een verslag op te maken, indien het gewenste resultaat wel bereikt werd	0,507 (0,145-0,754)	0,003	0,65 (20,73)	0,246
7. Ik vind het zinvol een verslag op te maken, wanneer het voorgeschreven aantal beurten onvoldoende was	0,7 (0,409-0,861)	<0,001	0,61 (15,38)	0,776
8. Ik vind het zinvol een verslag op te maken, wanneer het voorgeschreven aantal beurten voldoende was	0,646 (0,322-0,833)	<0,001	0,58 (22,21)	0,796
9. Ik vind het zinvol om op periodieke basis een tussentijds verslag op te maken over de behandeling	0,340 (-0,088-0,658)	0,057	0,58 (17,86)	0,796
10. Ik vind het zinvol te communiceren met de huisarts, indien ik extra info wens te ontvangen	0,384 (-0,035-0,685)	0,035	0,39 (8,6)	0,705
11. Ik vind het zinvol te communiceren met de huisarts bij urgente zaken	0,784 (0,561-0,902)	<0,001	0,15 (3,02)	0,317
12. Er bestaan voldoende communicatiemiddelen langswaar gecommuniceerd kan worden	0,701 (0,353-0,869)	<0,001	0,7 (21,99)	0,015
Kinesitherapeutisch verslag				
13. Hulpvraag van de patiënt aan de kinesitherapeut	0,453 (0,055-0,725)	0,014	0,47 (11,14)	0,577
14. Bevindingen na anamnese door de kinesitherapeut	0,672 (0,362-0,847)	<0,001	0,42 (10,26)	1,000
15. Bevindingen na klinisch onderzoek door de kinesitherapeut	0,633 (0,296-0,828)	<0,001	0,4 (9,31)	0,034
16. Diagnose gesteld door de kinesitherapeut	0,611 (0,267-0,815)	<0,001	0,47 (11,53)	0,035
17. Uitgevoerde behandelingen	0,479 (0,091-0,741)	0,010	0,42 (9,56)	0,480

18. Verder nog geplande behandelingen, die uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk	0,653 (0,338-0,837)	<0,001	0,47 (11,58)	0,527
19. Inschatting van de kinesitherapeut in welke mate het beoogde resultaat behaald is	0,795 (0,576-0,908)	<0,001	0,36 (8,86)	0,102
20. Aanbeveling naar return to sports toe	0,627 (0,297-0,823)	<0,001	0,51 (13,28)	O,564
21. Aanbeveling naar return to work toe	0,645 (0,330-0,832)	<0,001	0,49 (12,74)	0,366
22. Aanbevelingen toe i.v.m. andere behandelingen die niet uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk	0,448 (0,044-0,723)	0,016	0,79 (25,56)	0,817
23. Of verlenging van de kinesitherapeutische behandeling zinvol zou zijn en de motivatie hiervoor	0,680 (0,385-0,849)	<0,001	0,36 (8,46)	0,102
24. Barrieres ervaren door de kinesitherapeut bij de behandeling	0,758 (0,509-0,890)	<0,001	0,33 (7,98)	0,655
Barrieres				
25. Ik ga ervan uit dat overleg niet bijdraagt tot een beter resultaat van de behandeling	-0,220 (-0,607-0,221)	0,836	1,23 (67,23)	0,959
26. Ik vind overleg met de huisarts niet zinvol	0,199 (-0,242-0,564)	0,184	0,65 (43,59)	0,705
27. Ik vind communiceren met de huisarts een tijdsintensief proces	0,737 (0,474-0,880)	<0,001	0,59 (18,19)	0,589
28. Ik ben bereid om tijd te investeren in overleg met een huisarts	0,397 (-0,009-0,690)	0,029	0,53 (13,26)	0,405
29. Huisartsen zijn onvoldoende toegankelijk voor overleg	0,316 (-0,116-0,643)	0,072	0,72 (19,99)	0,675
30. Ik zou meer communiceren met de huisarts indien er een financiële vergoeding tegenover stond	0,433 (0,028-0,714)	0,019	0,88 (27,22)	0,359
31. Het communicatiemiddel van mijn voorkeur vind ik te duur	0,680 (0,384-0,850)	<0,001	0,53 (29,53)	0,429
32. Ik zou meer communiceren met een huisarts, indien ik hem/haar ook beter zou kennen	0,699 (0,416-0,860)	<0,001	0,44 (10,88)	0,317
33. Ik zou meer communiceren met een huisarts, indien die geen hiërarchische positie aanneemt	0,619 (0,284-0,819)	<0,001	0,49 (12,60)	0,608

*ICC model: two-way mixed, absolute agreement, single measures
** Significantie bepaald op P<0,05

Legende:
- Vraag met goede betrouwbaarheid
- Vraag met gemiddelde betrouwbaarheid
- Vraag met slechte betrouwbaarheid
- Niet significant voor de ICC of significant voor de gepaarde Wilcoxon test

De **test-hertest betrouwbaarheid** van vragen gesteld aan de hand van een likert schaal**, de interval variabelen,** wordt gepresenteerd in Tabel 2.

Resultaten van de relatieve betrouwbaarheid, berekend aan de hand van de ICC, varieerden tussen minimum -0,0220 en maximaal 0,795. Resultaten van de absolute betrouwbaarheid, berekend aan de hand van SEM%, varieerden tussen minimum 3,02 en maximum 67,23.
Vragen 9,25,26 en 29 waren niet significant voor de ICC (P>0,05). De nulhypothese van de gepaarde Wilcoxon test kon voor vragen 12,15 en 16 worden verworpen (P<0,05) waardoor we konden concluderen dat deze vragen significante verschillen opleverden tussen de gemiddelde resultaten van de vragenlijst ingevuld op moment 1 en op moment 2.

Vragen met een ICC>0,6 en SEM%<15% werden beschouwd als vragen met een goede betrouwbaarheid en werden gemarkeerd met de kleur groen in tabel 2. Het betreft vragen 1,11,14,15,16,18,19,20,21,23,24,32,33. Ondanks het net niet behalen van deze afkapwaardes voor vraag 2,5,7 en 27 werd na interpretatie van de ICC samen met de SEM% alsnog een goede betrouwbaarheid toegekend. Dit maakt dat in totaal 52% van de vragen een goede betrouwbaarheid had.

Vragen met een ICC>0,6 en SEM%>15% OF ICC<0,6 en SEM%<15% werden beschouwd als vragen met een gemiddelde betrouwbaarheid en werden gemarkeerd met de kleur blauw in tabel 2. Het betreft vragen 2,3,4,5,7,8,10,12,13,17,27,28,31. Zo zien we dat in totaal 27% van de vragen een gemiddelde betrouwbaarheid had.

Vragen met een ICC<0,6 en SEM%>15% werden beschouwd als vragen met een slechte betrouwbaarheid en werden gemarkeerd met de kleur rood in tabel 2. Het betreft vragen 6,9,22,25,26,29 en 30. Dit maakt in totaal dat 21% van de vragen een slechte betrouwbaarheid had.

De negatieve ICC die werd bekomen bij vraag 25 duidt op tegenspraak in de resultaten.

Tabel 3 – Resultaten nominale variabelen

	Kappa waarde	**P-waarde**
Huidige communicatiemiddelen		
34.Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent gebruikt.	0,465	<0,001
35. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent gebruikt	0,247	0,027
36. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent gebruikt	0,450	<0,001
37. Welk communicatiemiddel hanteert u bij het doorgeven van urgente vragen?	Brief: 0,161 Telefonisch: - Mail: 0,233 Electronische brief: - Beveiligde app: 0,777 Niet beveiligde app: - Andere: -	Brief: 0,435 Telefonisch: - Mail: 0,263 Electronische brief:- Beveiligde app: <0,001 Niet beveiligde app: - Andere: -

Toekomstige communicatiemiddelen		
38. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent zou willen gebruiken	0,589	<0,001
39. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent zou willen gebruiken	0,253	0,025
40. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent zou willen gebruiken	0,390	<0,001
41. Bent u voorstander van het gebruik van een gestandaardiseerd sjabloon voor een kinesitherapeutisch verslag?	0,832	<0,001

Legende:
- Vraag met goede betrouwbaarheid
- Vraag met gemiddelde betrouwbaarheid
- Vraag met slechte betrouwbaarheid

De **test-hertest betrouwbaarheid** van de **nominale vragen** wordt gepresenteerd in Tabel 3. Intrawaarnemersovereenkomst werd voor deze vragen berekend aan de hand van een Cohen's Kappa-coëfficiënt. Kappa waarden varieerden tussen minimum 0,253 en maximum 0,832. Het merendeel van de vragen was significant ($p<0,05$).

Als enige vraag, scoort vraag 41 een bijna perfecte betrouwbaarheid met $\kappa >0,8$. Deze vraag werd aangeduid in het groen in tabel 3. Daarnaast scoort vraag 38 net onder een substantiële betrouwbaarheid ($\kappa=0,589$). De overgrote meerderheid van de vragen (75%) scoort echter matig tot slecht op betrouwbaarheid ($\kappa <0,6$). Deze vragen werden aangeduid in het rood in tabel 3.

Ten gevolge van een andere formulering en codering van vraag 37, werd voor elk van de antwoordmogelijkheden een Kappa waarde berekend. Voor enkele van deze antwoordmogelijkheden kon er echter geen kappa waarde worden berekend aangezien de variabelen constant waren. Bij nazicht van de data werd gezien dat er een grote overeenkomst was in resultaten tussen de twee tijdstippen. Voor antwoordmogelijkheid 'telefonisch' ging dit over 100% overeenstemming in antwoorden, voor antwoordmogelijkheid 'electronische brief' ging dit over 96% overeenstemming in antwoorden, voor antwoordmogelijkheid ' niet beveiligde app' ging dit over 96% overeenstemming in antwoorden en voor antwoordmogelijkheid 'andere' ging dit tenslotte ook over 96% overeenstemming in antwoorden. Deze vraag kreeg hierdoor een gemiddelde betrouwbaarheid toegekend en werd aangeduid met de kleur blauw in tabel 3.

Tekstuele antwoorden vragenlijst

De vragenlijst voorzag enkele malen een optie tot invullen van vrije tekst ter verduidelijking van de antwoorden. Hieronder vindt u deze vragen met hieronder de antwoorden van de deelnemers.

Bij de volgende vraag willen we peilen naar hoe frequent u welk communicatiemiddel gebruikt om met huisartsen te communiceren. Indien u koos voor 'andere', gelieve dan hier te verduidelijken over welk(e) communicatiemiddel(en) het gaat:

- Via de (ouders van) de patiënt zelf.

- Artsen zijn niet altijd vlot bereikbaar voor overleg. Daarom wordt soms de patiënt aangesproken als tussenpersoon, zodat hij/zij de info kan doorgeven aan de huisarts bij een afspraak.

Indien u nog andere elementen, niet opgelijst in bovenstaand overzicht, zou willen toevoegen aan het kinesitherapeutisch verslag, dan kan u ze hier noteren:

- Therapietrouw of motivatie van patiënt
- Vraag naar evaluatie van de klacht door de ogen van de arts. 'graag uw verdere evaluatie'
- Eventuele doorverwijzing naar andere (para)medici
- De relatie kine/patiënt
- Hoeveel behandelingen de kinesitherapeut reeds heeft uitgevoerd

Indien u dit wenst, kan u hier verduidelijken waarom u geen voorstander bent van een gestandaardiseerd sjabloon:

- Een leidraad is altijd wel handig. Maar een standaard sjabloon waar je in moet werken is niet bij elke casus van toepassing, en ook niet in elk domein.
- Een standaard kan maar men moet ruimte laten om eigen touch / aanmerkingen / belangrijke punten aan te geven ifv specifieke patiënt.
- Naargelang de pathologie verschilt het patroon, al zou er best altijd wel een ICF-sjabloon inzitten.
- Het mag, maar moet niet?

*Indien u nog andere barrieres ervaart, niet opgelijst in bovenstaand overzicht, dan kan u ze hier noteren: (*Antwoorden werden samengevat. De volledige antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 3: ‘tekstuele antwoorden vragenlijst’)

- Het gebrek aan een goede communicatietool. Voor urgente zaken zouden we de arts opbellen omdat dit vlotter gaat, maar we ervaren bellen als een drempel omdat we niet weten of we de arts hiermee gaan storen. Wanneer is het juiste moment?
- Voor niet urgente zaken is het niet altijd duidelijke welk communicatiemiddel de arts prefereert. Daarnaast is er nood aan beveiligde communicatiemiddellen.
- Het communiceren moet vlotter kunnen gaan.
- Het is voor ons niet duidelijk of huisarts ons verslag ontvangt en ook effectief leest
- Indien er geen feedback of gehoor wordt gegeven aan de kinesitherapeutische feedback ben ik minder geneigd te communiceren met deze huisarts.
- Wij hebben als beroepsgroep nog erg de indruk dat artsen niet weten wat ons beroep inhoudt en welke kennisachtergrond wij hebben. We krijgen bv. amper verslagen van medische beeldvorming door, terwijl dit van belang kan zijn voor het bepalen van de inhoud van de behandeling.

4 Discussie

4.1 Resultaten

Interpretatie ICC en SEM%

In sommige betrouwbaarheidsstudies worden correlatiecoëfficienten (zoals een Pearson's correlatie coëfficiënt) gebruikt als maat van overeenkomst. Correlatie is echter een maatstaf voor associatie tussen twee variabelen en meet niet persé de mate van overeenstemming tussen deze twee. Een goede correlatiecoëfficiënt is dus geen verzekering voor een goede overeenstemming of betrouwbaarheid en dit omdat er geen rekening wordt gehouden met systematische bias. Cohen's Kappa-coëfficiënt en ICC houden daarentegen wel rekening met deze systematische bias en werden daarom gebruikt als statistische testen voor onze betrouwbaarheidsstudie (21-22).

Al decennialang ontwikkelen statistici richtlijnen voor de interpretatie van ICC-waarden als leidraad van klinische significantie. Over deze interpretatie bestaat echter geen consensus. Zo beargumenteren ook Charter en Feldt (2001): *''it is not theoretically defensible to set a universal standard for test score reliability''* (23). In onze studie werd gekozen voor de interpretatie volgens Cichetti en Sparrow (1981) met een relatief lage afkapwaarde voor een goede betrouwbaarheid (ICC>0,6) (13). Hadden we daarentegen de strengere interpretatie volgens Koo en Li (2016) toegepast dewelke spreken van een goede betrouwbaarheid bij ICC>0,75 zouden we een aanzienlijke afname zien in het percentage van vragen met een 'goede' relatieve betrouwbaarheid (11). Zo zien we in ons onderzoek dat 52% van de vragen aan de hand van een likert schaal een goede relatieve betrouwbaarheid heeft (ICC>0,6) dewelke zou dalen naar 12% (ICC>0,75) als we zouden hebben gekozen voor de strengere interpretatie volgens Koo en LI (2016).

Voor SEM(%)-waarden werd echter nooit een dergelijke officiële indeling gemaakt. Voor ons onderzoek toetsten we daarom ons resultaten af aan vergelijkbare studies (test-hertest betrouwbaarheidsstudies van vragenlijsten). Deze studies rapporteerden een SEM%<15% als cutoff waarde voor een goede absolute betrouwbaarheid (15,16,18,19). Een SEM%< 10% werd beschreven als perfecte absolute betrouwbaarheid (15-17), terwijl een SEM%>20% in 1 studie als slechte absolute betrouwbaarheid werd beschreven (19). Voor ons onderzoek werd bijgevolg voor eenzelfde interpretatie gekozen.

De interpretatie van een ICC wordt daarnaast bemoeilijkt door 2 zaken. Ten eerste varieren ICC waarden naargelang het type model ICC dat wordt gebruikt. Men moet in rekening brengen dat verschillende modellen en types ICC voor eenzelfde dataset verschillende resultaten opleveren. Zowel het type '*single measures'* als defenitie '*absolute agreement'* resulteren in een lagere ICC dan de resultaten voor de corresponderende '*mean measures'* en *'consistency'* modellen (12). Met andere woorden zouden de resultaten van ons onderzoek bij een alternatieve keuze van type ICC een betere betrouwbaarheid kunnen aantonen. Een ICC two-way model geeft echter hogere waarden dan de one-way-random model. Dessalniettemin blijft het model en type ICC dat werd gekozen voor onze studie, de two-way-mixed effects, absolute agreement, single measurements, het meest geschikt voor test-hertest studies (11).

Ten tweede is de waarde van de ICC afhankelijk van de variabiliteit tussen proefpersonen of de heterogeniteit van de groep. Een lagere variabiliteit tussen proefpersonen of met andere woorden een homogenere groep zal ervoor zorgen dat de ICC laag blijft ondanks een grote overeenkomst in resultaten op moment 1 en moment 2. Praktisch moet de ICC, als waarde voor de relatieve betrouwbaarheid, altijd samen moet worden geinterpreteerd met de SEM(%) als waarde voor de absolute betrouwbaarheid. Zo kan een goede betrouwbaarheid gemaskeerd worden bij sterk homogene groep (lagere ICC) maar toch een goede SEM(%) hebben (12).

Om een voorbeeld te geven zien we dat vraag 10 slecht scoort op relatieve betrouwbaarheid (ICC=0,384) maar goed scoort op de absolute betrouwbaarheid (SEM%=8,6%). Wanneer we deze lage ICC samen met de lage SEM% interpreteren, dienen we te besluiten dat deze vraag eerder als gemiddeld wordt beschouwd qua betrouwbaarheid.

Tegenovergesteld zien we dat bijvoorbeeld vraag 12 goed scoort op relatieve betrouwbaarheid (ICC=0,701), maar laag scoort op absolute betrouwbaarheid (SEM%= 21,99%). Wanneer we deze hoge ICC samen met de hoge SEM% interpreteren, dienen we te besluiten dat deze vraag eerder als gemiddeld wordt beschouwd qua betrouwbaarheid.

Vragen 2,5,7 en 27 werden ondanks hun discrepantie in ICC en SEM(%) waarden toch beschouwd als vragen met een goede betrouwbaarheid. Deze beslissing was gebaseerd op het feit dat ICC en SEM(%) waarden niet ver van het referentiepunt lagen voor een goede betrouwbaarheid.

De eerste twee vragen in de subgroep ‘barrieres’, vraag 25 en 26, scoorden duidelijk slechter op betrouwbaarheid met in het bijzonder een slecht resultaat voor vraag 25 (ICC=-0,0220). Deze negatieve ICC wijst op tegenspraak in antwoorden. Een mogelijk verklaring hiervoor is dat dit de enige twee vragen zijn in de hele vragenlijst met een negatie in de zin. Mogelijks werd de vragenlijst het tweede invulmoment sneller doorgenomen, waardoor kleine nuances in de vraag niet werden opgemerkt. Dit levert bijgevolg tegenovergestelde antwoorden op. Vermoedelijk scoort de betrouwbaarheid van deze vragen hoger wanneer de vragen worden geformuleerd zonder negatie in de zin.

Interpretatie Cohen’s Kappa-coëfficiënt

Voor de interpretatie van de betrouwbaarheid van de nominale vragen werd gebruik gemaakt van een Kappa-coëfficiënt volgens Landis en Koch (1977). De enige vraag die een bijna perfecte betrouwbaarheid scoorde was vraag 41 (κ >0,8). Een hoge Kappa waarde voor deze vraag was te verwachten aangezien dit de enige vraag is met slechts 2 antwoordmogelijkheden (ja/neen vraag).

Vraag 37 werd anders geformuleerd en gecodeerd waardoor het noodzakelijk was om voor elke antwoordmogelijkheid een Kappa waarde te berekenen. Ten gevolge van het feit dat sommige antwoormogelijkheden constante variabelen hadden (alle deelnemers vulden in deze situatie op één tijdstip hetzelfde antwoord in) kon er voor hen geen Kappa waarde worden berekend. Vermoedelijk zou dit echter een hoge Kappa-waarde hebben opgeleverd aangezien er een bijna perfecte overeenkomst in antwoordmogelijkheden werd gezien tussen de twee tijdstippen. Deze vraag werd daarom een gemiddelde betrouwbaarheid toegekend. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek zou zijn om vraag 37 op dezelfde manier te formuleren en coderen als

vraag 34,35,36 om de kans op constante variabelen te verkleinen en de interpretatie te vergemakkelijken.

Alle andere nominale vragen scoorden echter matig tot slecht op betrouwbaarheid (κ <0,6). Kijken we naar de data van deze vragen dan zien we ook effectief dat er een lager aantal gelijke antwoorden op beide invulmomenten werd gegeven. Dit zou kunnen te verklaren zijn door het grote aantal antwoordmogelijkheden (7 antwoordmogelijkheden) van deze vragen. Daarnaast werden deze vragen mogelijks op een onduidelijke manier geformuleerd. Zo werd er veel informatie bij deze vragen genoteerd en de vragen leken heel erg op elkaar. Mogelijks zijn de nuances in deze vragen dan ook verloren gegaan voor de deelnemers. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek zou zijn dat deze vragen korter en bondiger worden gemaakt en dat er eventueel minder antwoordmogelijkheden zijn.

Bijkomend is de Kappa-coëfficient beinvloedbaar door de zogenaamde 'Cohen's kappa Paradox'. Deze paradox houdt in dat wanneer de kans om voor één categorie te kiezen groter is er een lagere Kappa-coëfficient wordt bekomen dan in realiteit kan worden verwacht (24). Bij nazicht van ons data lijkt echter de kans op dergelijke fenomeen klein gezien er niet frequent voor één specifieke categorie werd gekozen.

Interpretatie Gepaarde Wilcoxon test

De gepaarde Wilcoxon test werd gebruikt om na te gaan of er significante verschillen konden opgetekend worden tussen beide testmomenten. Zoals te verwachten leverden de overgrote meerderheid van de vragen een niet-significante P-waarde op waardoor de nulhypothese niet kon worden verworpen. Slechts bij drie vragen (vragen 12,15 en 16) kon er een significant resultaat weerhouden worden en dit ondanks de gemiddelde tot goede ICC en SEM% waarden. Mogelijks gaat het hier over Type-I fouten waarbij de nulhypothese ten onrechte werd verworpen. Toekomstig onderzoek zou kunnen bekijken of deze resultaten worden bevestigd of tegengesproken om op die manier meer klaarheid te brengen.

4.2 Vergelijking met bestaande literatuur

Tijdens onze literatuurstudie hebben we kunnen vaststellen dat er geen enkel onderzoek werd uitgevoerd die de validiteit en betrouwbaarheid nagaat van een vragenlijst over de communicatie tussen huisarts en kinesist. Enkele masterproeven stelden echter wel vragenlijsten op over dit onderwerp en piloteerden deze vragenlijsten vervolgens in een kleine steekproef huisartsen en kinesisten (5-7). Echter, zonder het nagaan van de betrouwbaarheid en validiteit kunnen we zeggen dat deze vragenlijsten weinig methodologisch onderbouwd waren. Omwille van die reden hebben wij gekozen om de resultaten bekomen uit onze literatuurstudie enkel te gebruiken als leidraad voor het opstellen van een initiële vragenlijst.

Na uitbreiding van onze zoektocht naar bruikbare literatuur vonden we enkele studies die, ondanks een verschil van onderwerp, wel een vergelijkbare opzet kenden (15-19). Net zoals bij ons onderzoek ging het over test-hertest betrouwbaarheidsonderzoeken van vragenlijsten. Ook vergelijkbaar met ons onderzoek was de intervalperiode die varieerde van 3 dagen tot 2 weken

en het aantal deelnemers dat tussen de 20 en 30 lag. Daarnaast maakten deze studies ook gebruik van de ICC en SEM% voor statistische analyse.

Algemeen genomen werden in deze studies de ICC en SEM% waarden telkens berekend voor een subset van vragen of voor de gehele vragenlijst. Vermoedelijk werden deze 'algemene' ICC en SEM% waarden berekend omdat deze studies vragenlijsten bestudeerden die reeds langere tijd bestaan en het niet de intentie was om aanbevelingen te doen naar aanpassingen van de vragenlijsten. In ons onderzoek hebben wij er echter voor gekozen om de ICC en SEM% voor elke vraag apart te berekenen om op deze manier aanbevelingen te kunnen doen naar welke vragen al dan niet moeten worden opgenomen in een gefinaliseerde vragenlijst.

Twee studies die de betrouwbaarheid nagingen van de vragenlijsten 'ABILHAND' en 'ABILICO' werden afgenomen met 2 weken tussentijd. Beide vragenlijsten gaan de mobiliteit na bij personen die een CVA doormaakten. Resultaten van deze studies toonden een (algemene) ICC van respectievelijk 0,75 en 0,85 en een SEM% voor beide vragenlijsten van 21% (16,18).

Een derde studie ging de betrouwbaarheid na van een vragenlijst over de mentale gezondheid bij mensen met de ziekte van Huntington. Het tijdsinterval tussen de twee afnames was hier 3 dagen. Resultaten van deze studie toonden uitstekende betrouwbaarheid voor alle subgroepen van vragen met ICC>0,9 en SEM% <10% (17).

Een laatste studie die de betrouwbaarheid naging van een vragenlijst over de zelfredzaamheid bij patiënten met neurologische aandoening toonde een (algemene) ICC >0,9 en een SEM% van 20,7% (19).

Al deze onderzoeken concludeerden een goede betrouwbaarheid van hun vragenlijst en bevalen dan ook deze vragenlijsten te gebruiken in verder onderzoek en in de klinische praktijk.

Het blijft algemeen moeilijk om de resultaten van bovenstaande studies volledig door te trekken of te vergelijken met de uitkomsten van ons onderzoek. Dit omwille van het feit dat deze studies vragenlijsten bestuderen die niet hetzelfde construct onderzoeken als ons onderzoek en daarnaast omwille van het feit dat zij algemene ICC en SEM% waardes berekenden van een subgroep vragen of de vragenlijst in zijn totaal. Toch kunnen we, als we de conclusies van deze onderzoeken lezen, besluiten dat onze vragenlijst op enkele vragen na een goede betrouwbaarheid heeft en dus kan worden aanbevolen voor gebruik in verder onderzoek en in de klinische praktijk.

4.3 Sterktes en zwaktes

De **sterkte** van onze studie is de methodologische onderbouwing. In tegenstelling tot in andere studies over de communicatie tussen huisarts en kinesist, werd de vragenlijst in ons onderzoek onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. Het nagaan hiervan is van fundamenteel belang in wetenschappelijk onderzoek aangezien we zonder geen enkele zinnige conclusies kunnen trekken uit de bekomen resultaten. Het bewijs van validiteit en betrouwbaarheid zijn namelijk voorwaarden om de integriteit en kwaliteit van een meetinstrument te waarborgen (25).

Een **zwakte** van onze betrouwbaarheidsstudie is de selectiebias. Enerzijds werden kinesisten enkel gerekruteerd via de beroepsvereniging Axxon (slechts ±16% van Belgische kinesisten is lid) (26-27). Daarnaast werd de vragenlijst enkel opgesteld in het Nederlands en tot slot kon de vragenlijst enkel online worden ingevuld. De informatiebias werd getracht zo laag mogelijk te houden. Dit gebeurde enerzijds door de vragen in onze vragenlijst beknopt en eenvoudig te houden en anderzijds door de verstaanbaarheid ervan te toetsen aan ons expertenpanel.

Verder kan er sprake zijn van ‘volunteer bias’ die mogelijks het resultaat kan beïnvloeden. Men zou kunnen bedenken dat kinesisten die de vragenlijsten vrijwillig invullen meer gemotiveerd zijn en deze hierdoor ook extra aandachtig invullen. De betrouwbaarheid kan hierdoor overschat worden (28).

Een mogelijke andere beperking van ons onderzoek is de kans op ‘memory-effect’ bij de deelnemers aangezien het tijdsinterval tussen het invullen van de vragenlijsten slechts 1 week betrof. Het memory effect houdt in dat een deelnemer zich simpelweg kan herinneren wat hij/zij de eerste maal had ingevuld en hierdoor een hogere betrouwbaarheid wordt bekomen dan in werkelijkheid. Het feit dat onze vragenlijst relatief uitgebreid was verlaagt evenwel de kans op memory-effect. Een bedenking hierbij is dat wij ook een interval van 2-4 weken hadden kunnen gebruiken voor ons onderzoek om de kans op memory-effect te verkleinen. Desalniettemin beschreef een review die 586 test-hertest studies bekeek, dat 43% van deze studies een tijdsinterval hanteerde tussen de 1 dag à 2 weken (29).

Een limitatie van ons studie is dat de vragenlijst werd gepiloteerd in een eerder kleine steekproef. Bovendien werd er geen poweranalyse gedaan om de minimale steekproefomvang te bepalen. Een gevolg hiervan is dat de kans op een type-II fout groter wordt (11).

4.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Wij bevelen aan om vragen 6,9,22, 29 en 30 niet op te nemen in toekomstige vragenlijsten. Dit omdat zij slecht scoren op betrouwbaarheid.

Vragen 25 en 26 bevatten een negatie wat de betrouwbaarheid vermoedelijk sterk beïnvloedt. Daarom bevelen wij aan om in toekomstig onderzoek deze negaties uit de vraagstelling te halen.

We stellen voor om in toekomstig onderzoek vragen 34,35,36,38,39 en 40 korter en bondiger te formuleren. Daarnaast wordt het aantal antwoordmogelijkheden bij deze vragen best gereduceerd. Daarnaast lijkt het ons aangewezen om vraag 37 op dezelfde manier te formuleren en coderen als vraag 34,35,36.

Alle andere vragen konden een gemiddelde tot goede betrouwbaarheid aantonen en worden aanbevolen opgenomen te worden in de finale vragenlijst.

Op basis van het aantal vrije opmerkingen die door de deelnemende kinesisten werd gegeven veronderstellen wij dat er vragen en/of antwoordmogelijkheden ontbreken in ons vragenlijst.
Het lijkt ons dan ook aanbevolen om in toekomstig onderzoek enkele vragen toe te voegen aan de vragenlijst:

- Toevoeging bij subgroep vragen over communicatiemiddel: ‘communicatie via de (ouders) patiënt’
- Toevoeging bij subgoep vragen over kinesitherapeutisch verslag: ‘therapietrouw van patiënt’ / ‘vraag naar evaluatie door de huisarts’ / ‘doorverwijzing naar paramedici’/ ‘hoeveel behandelingen er door de kinesist reeds werden uitgevoerd’
- Toevoeging bij subgroep vragen over barrieres: ‘gebrek aan kennis over het meest geschikte moment van communicatie’ / ‘het idee dat de huisarts de verslagen niet leest’ / ‘het idee dat de huisarts weinig kennis heeft over het beroep van kinesitherapeut’.

De vragen waarvan wij aanbevelen dat ze in toekomstig onderzoek dienen aangepast/toegevoegd te worden moeten vervolgens opnieuw onderworden worden aan een validiteits en betrouwbaarheidsstudie.

Wij bevelen aan om hierbij kinesisten niet enkel via de beroepsvereniging Axxon te rekruteren maar ook via andere kanalen. Op die manier zouden we de selectiebias kunnen verminderen. Daarnaast stellen we voor om de intervalperiode tussen beide invulmomenten in toekomstig onderzoek te vergroten naar 2-4weken. Op die manier zouden we het memory-effect kunnen verlagen.

Idealiter wordt toekomstig onderzoek ook onderworpen aan een poweranalyse, dit om de minimale steekproefomvang te bepalen.

Van zodra deze aangepaste/toegevoegde vragen valide en betrouwbaar zijn bevonden kunnen deze worden gebruikt in de gefinaliseerde vragenlijst. Vervolgens zou toekomstig onderzoek zich moeten focussen op het piloteren van deze vragenlijst in een grote groep van kinesistherapeuten zodat men op basis van de resultaten aanbevelingen kan doen over de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Voor het maken van aanbevelingen is het daarnaast erg belangrijk om ook de resultaten van het parallellopend onderzoek bij huisartsen in rekening te brengen.

5 Conclusie

Er is reeds veel onderzoek gebeurd naar de communicatie tussen arts-patiënt en kinesitherapeut-patiënt. Daartegenover staat het weinige kwaliteitsvolle onderzoek dat al gebeurde naar de communicatie tussen (huis)arts en kinesitherapeut. Binnen het onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut is deze masterproef dus een eerste in zijn soort. Met deze studie hebben wij getracht een valide en betrouwbare vragenlijst op te stellen voor kinesitherapeuten die kan worden gebruikt in toekomstig grootschaliger onderzoek.

De resultaten van ons onderzoek waren gunstig. Na het doorlopen van de validiteitsstudie kon onze betrouwbaarheidsstudie aantonen dat 68,5% van de vragen uit de door ons opgestelde vragenlijst een gemiddelde tot goede betrouwbaarheid hebben. Voor 19,5% van de vragen werd aanbevolen kleine aanpassingen te doen om de betrouwbaarheid te vergroten. Tenslotte zijn we van mening om 5 vragen (12%) niet op te nemen in de finale vragenlijst omdat ze een slechte betrouwbaarheid toonden. We kunnen aldus concluderen dat 88% van de vragen uit onze vragenlijst worden aanbevolen gebruikt te worden in toekomstig onderzoek.

In verder onderzoek zou onze vragenlijst moeten worden gefinetuned en tenslotte worden gepiloteerd in een grote groep kinesitherapeuten. Op deze manier kunnen er vitale parameters worden geidentificeerd om de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut te bevorderen.

6 Bronnen

(1) A. Veyt, in *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*, Antwerpen, Garant uitgevers, 2014.

(2) J. Voloshin, "Physiotherapy vs. Physical therapy: the surprising answer," Vigor Physical Therapy & rehabilitation, 2017.

(3) NHG and KNGF, "Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de fysiotherapeut," 2012.

(4) C. Hayward and S. Willcock, "General practicioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction.," *Primary Health Care and Research & Development,* vol. III, no. 16, pp. 304-308, 2015.

(5) N. Schottey and P. Vaes, "Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter?," ICHO, 2015.

(6) S. Johanns and B. Aertgeerts, "Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts," ICHO, 2014.

(7) L. Levrau and D. Avonts, " Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut," ICHO, 2017.

(8) W. Boissonnault and M. Ross, "Physical Therapists referring patients to physicians: a review of case reports and series," *The journal of orthopaedic and sports physical therapy,* vol. V, no. 42, pp. 446-454, 2012.

(9) M. Haradhan, "Two Criteria for Good Measurements in Research: Validity and Reliability," *Annals of Spiru Haret University,* vol. III, no. 17, pp. 58-82, 2017.

(10) O. A. Bolarinwa, "Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches," *Nigerian postgraduate medical journal,* pp. 195-201, 2015.

(11) T. K. Koo and M. Li, "A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research," *J Chiropr Med,* vol. II, no. 15, p. 155–163, 2016.

(12) J. P. Weir, "quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM," *journal of strength and conditioning research,* vol. I, no. 19, pp. 231-240, 2005.

(13) D. Cicchetti and S. Sparrow, "Developing criteria for establishin interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior," *American Journal of Mental Deficiency,* no. 86, pp. 127-137, 1981.

(14) M. McHugh, "Interrater reliability: the kappa statistic," *Biochemia medica,* vol. III, no. 22, p. 276–282, 2012.

(15) W. Zhang, G. Regterschot, H. Schaabova, H. Baldus and W. Zijlstra, "Test-Retest Reliability of a Pendant-Worn Sensor Device in Measuring Chair Rise Performance in Older Persons," *Sensors,* vol. V, no. 14, pp. 8705-8717, 2014.

(16) K. De Menezes, K. Avelino, I. Faria-Fortini, M. Basílio, L. Nascimento and L. Teixeira-Salmela, "Test-Retest Reliability of the ABILOCO Questionnaire in Individuals with Stroke.," *PM&R,* vol. IIX, no. 11, pp. 843-848.

(17) N. Carlozzi, N. Boileau, M. Roché, R. Ready, J. Perlmutter, K. Chou, S. Barton, M. McCormack, J. Stout, D. Cella, J. Miner, J. Paulsen and (. R. t. c. o. t. a. t.-r. r. of,

"Responsiveness to change over time and test-retest reliability of the PROMIS and Neuro-QoL mental health measures in persons with Huntington disease (HD)," *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation,* vol. XII, no. 29, p. 3419–3439. , 2020.

(18) E. Ekstrand, I. Lindgren, J. Lexell and C. Brogårdh, "Test-Retest Reliability of the ABILHAND Questionnaire in Persons With Chronic Stroke," *PM&R,* vol. IV, no. 6, pp. 324-331, 2014.

(19) I. Ahlström, K. Hellström, M. Emtner and E. Anens, "Reliability of the Swedish version of the Exercise Self-Efficacy Scale (S-ESES): a test-retest study in adults with neurological disease," *Physiother Theory Pract,* vol. III, no. 31, pp. 194-199, 2015.

(20) "IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0.1.0," [Online]. Available: https://athena.ugent.be/Citrix/StorefrontWeb/.

(21) U. Jakobsson and A. Westergren, "Statistical methods for assessing agreement for ordinal data," *Scandinavion Journal of Caring Sciences,* vol. IV, no. 19, pp. 427-431, 2005.

(22) C. Tan, M. Hassali, F. Saleem, A. Shafie, H. Aljadhey and V. Gan, "Development, test-retest reability and validity of the Pharmacy Value-Added Services Questionnaire (PVASQ)," *Pharmacy Practice (Granada),* vol. III, no. 13, p. 598, 2015.

(23) R. Charter and L. Feldt, "Meaning of reliability in terms of correct and incorrect clinical decisions: The art of decision making is still alive," *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology,* vol. IV, no. 23, p. 530–537, 2001.

(24) S. Zec, N. Soriani, R. Comoretto and I. Baldi, "High Agreement and High Prevalence: The Paradox of Cohen's Kappa," *The Open Nursing Journal*, vol. I, no. 11, pp. 211-218, 2017.

(25) M. Haradhan, "Two Criteria for Good Measurements in Research: Validity and Reliability," *Annals of Spiru Haret University,* vol. III, no. 17, pp. 58-82, 2017.

(26) "Kerncijfers Axxon," 2020. [Online]. Available: https://www.axxon.be/nl/jaarverslag/. [Accessed 20 maart 2022].

(27) "Federale overheidsdienst," 12 2018. [Online]. Available: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2018-detailstatistieken. [Accessed 20 Maart 2022].

(28) G. Tripepi, K. Jager, F. Dekker and C. Zoccali, "Selection Bias and Information Bias in Clinical Research," *Nephron Clinical Practice*, vol. II, no. 115, pp. 94-99, 2010.

(29) N. Quadri, D. Wild, B. skerritt, W. muehlhausen and P. O'Donohoe, "A literature review of the variance in interval length between administrations for assessment of test restest reliability and equivalence of pro measures," *Value in Health journal,* vol. III, no. 16, pp. 40-41, 2013.

(30) J. Fleiss, in *Statistical methods for rats and proportions*, New York, Wiley, 1981.

7 Bijlagen

7.1 Bijlage 1: sjabloon kinesitherapieverslag

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

7.2 Bijlage 2: vragenlijst

Confidential

Welkom

Beste deelnemer.

Welkom op onze vragenlijst, opgesteld om onderzoek te doen naar de communicatie tussen huisartsen en kinesisten.
Dit onderzoek maakt deel uit van een masterproef binnen de master-na-master huisartsgeneeskunde van de UGent.

Hartelijk bedankt voor uw interesse en uw tijd om onze vragenlijst in te vullen.
U zal verder geleid worden naar een pagina met uitleg over de geïnformeerde toestemming voor deelname.

Wij vragen u om deze te lezen en op het einde aan te klikken of u wel of niet wenst deel te nemen.

Met vriendelijke groeten,

Lore Meuleman,

Elisa Dominicus,

Emmeline Deloddere

Huisartsen in opleiding

Klik op 'SUBMIT' om verder te gaan.

Geïnformeerde toestemming

Please complete the survey below.

Thank you!

Informatie voor de deelnemers

Titel van de studie: Communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten, een onderzoek a.d.h.v. een gevalideerde vragenlijst.

Beste,
U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een pilootstudie, betreffende de betrouwbaarheid van een vragenlijst. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit, indien nodig, te bespreken met de onderzoekers. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om ter bevestiging van uw toestemming de vraag onderaan deze pagina met 'ja' te beantwoorden. Vervolgens wordt u verder geleid naar de eigenlijke enquête.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE
De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent, voert een onderzoek uit naar de communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen , met als doel te peilen naar de tevredenheid over de huidige communicatie en het opsporen van de eventuele knelpunten daarbij.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 2 x 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.
De validiteit van deze vragenlijst werd reeds geëvalueerd door een expertenpanel.
De volgende stap is het beoordelen van de betrouwbaarheid .
Deze willen we beoordelen aan de hand van een pilootgroep. Indien u toestemt met de deelname, zal u deel uitmaken van deze pilootgroep.

Praktisch:
–Wij vragen u de vragenlijst een eerste keer in te vullen.
–Wij zullen u dan na enige tijd opnieuw contacteren met de vraag de vragenlijst een tweede keer in te vullen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universiteit Gent. De studie 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.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Coorevits Pascal.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING
De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig.

3. VOORDELEN
De verkregen resultaten kunnen leiden tot meer efficiënte communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen en beter inzetten van middelen en zorg voor de betrokken patiënten.

4. KOSTEN
Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Communicatie tussen kinesitherapeut en huisarts

Please complete the survey below.

Thank you!

1. Communicatie

Duid aan op welke schaal van 1 (=sterk oneens) tot 5 (=sterk mee eens) u akkoord gaat met volgende stellingen:

	Sterk oneens (1)	Oneens (2)	Neutraal (3)	Mee eens (4)	Sterk mee eens (5)
Er wordt voldoende gecommuniceerd door kinesitherapeuten richting huisartsen.	○	○	○	○	○
Er wordt voldoende gecommuniceerd door huisartsen richting kinesitherapeuten.	○	○	○	○	○
Ik vind overleg met huisartsen belangrijk en zinvol.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol een verslag op te maken aan het einde van een behandeling.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol een verslag op te maken, indien het gewenste resultaat niet bereikt werd.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol een verslag op te maken, indien het gewenste resultaat wel bereikt werd.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol een verslag op te maken, wanneer het voorgeschreven aantal beurten onvoldoende was.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol een verslag op te maken, indien het voorgeschreven aantal beurten voldoende was.	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol om op periodieke basis een tussentijds verslag op te maken over het verloop van de behandeling.	○	○	○	○	○

Ik vind het zinvol te communiceren met de huisarts, indien ik extra info wens te ontvangen (bv. medische voorgeschiedenis, medische beeldvorming...).	○	○	○	○	○
Ik vind het zinvol te communiceren met de huisarts bij urgente zaken (bv. alarmsymptomen die worden opgepikt tijdens de behandeling).	○	○	○	○	○
Er bestaan voldoende communicatiemiddelen langswaar gecommuniceerd kan worden.	○	○	○	○	○

2. Communicatiemiddelen

2.1 Communicatiemiddelen
Bij de volgende vragen willen we peilen naar hoe frequent u welk middel gebruikt om met huisartsen te communiceren.

U zal driemaal de vraag krijgen een communicatiemiddel te selecteren uit een lijst. Deze lijst bevat driemaal dezelfde zeven opties.
Eerst selecteert u het middel dat u het meest frequent gebruikt, vervolgens het 2e meest frequent gebruikte middel en ten slotte het 3e meest frequente middel.
Zo komen we tot een top drie, met de drie communicatiemiddelen die u het vaakst gebruikt.

Voorbeeld:

U communiceert het meest frequent met de huisarts via Whatsapp, als alternatief gebruikt u ook mail (maar minder vaak dan Whatsapp) en uw 3e meest gebruikte communicatiemiddel is de telefoon, dan duidt u aan:
- 'meest frequent gebruikt': Whatsapp
- '2e meest frequent gebruikt': Mail
- '3e meest frequent gebruikt': Telefonisch

Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent gebruikt.	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere
Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent gebruikt (maar dus minder frequent dan het middel dat u hierboven koos).	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere
Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent gebruikt (maar dus minder frequent dan bovenstaande).	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere

Opgelet: U heeft minstens tweemaal hetzelfde communicatiemiddel aangeduid. Elk communicatiemiddel mag maar 1 keer gekozen worden.

Indien u koos voor 'Andere', gelieve dan hier (in het tekstvak) te verduidelijken over welk(e) communicatiemiddel(en) het gaat.	_____

2.2 Welk communicatiemiddel hanteert u bij het doorgeven van urgente zaken? U kan meerdere opties kiezen.	☐ Briefvorm ☐ Telefonisch ☐ Mail ☐ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ☐ Beveiligde app (bv. Siilo) ☐ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ☐ Andere
Indien u koos voor 'Andere', gelieve dan hier (in het tekstvak) te verduidelijken over welk(e) communicatiemiddel(en) het gaat.	_____

2.3 Communicatiemiddelen die u in de toekomst zou willen gebruiken

Bij de volgende vragen zal u opnieuw gevraagd worden communicatiemiddelen te selecteren.
In tegenstelling tot de vorige vragen, waar we peilden naar hoe u actueel in de praktijk communiceert, willen we met deze vragen peilen naar de communicatiemiddelen die u in de toekomst het liefst wenst te gebruiken, in een ideale wereld.

U zal driemaal de vraag krijgen een communicatiemiddel te selecteren uit een lijst. Deze lijst bevat driemaal dezelfde zeven opties.
Eerst selecteert u het middel dat het meest frequent zou willen gebruiken, vervolgens het middel dat u het 2e meest frequent zou willen gebruiken en ten slotte het middel dat u het 3e meest frequent zou willen gebruiken.
Zo komen we tot een top 3, met de 3 communicatiemiddelen van uw voorkeur.

Voorbeeld:

In de toekomst zou u het meest frequent met de huisarts willen communiceren via Whatsapp, als alternatief zou u mail gebruiken (maar minder vaak dan Whatsapp) en het 3e middel dat u zou gebruiken is de telefoon, dan duidt u aan:
- 'meest frequent': Whatsapp
- '2e meest frequent': Mail
- '3e meest frequent': Telefonisch

Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent zou willen gebruiken.	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere
Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent zou willen gebruiken (maar dus minder frequent dan de optie die u hierboven koos).	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere
Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent zou willen gebruiken (maar dus minder frequent dan bovenstaande).	◯ Brief ◯ Telefonisch ◯ Mail ◯ Elektronische brief verstuurd via de ehealth box ◯ Beveiligde app (bv. Siilo) ◯ Niet beveiligde app (bv. Whatsapp) ◯ Andere

Opgelet: U heeft minstens tweemaal hetzelfde communicatiemiddel aangeduid. Elk communicatiemiddel mag maar 1 keer gekozen worden.

Indien u koos voor 'Andere', gelieve dan hier (in het tekstvak) te verduidelijken over welk(e) communicatiemiddel(en) het gaat.	_____

3. Kinesitherapeutisch verslag

Indien u, als kinesist, een verslag zou maken voor een huisarts, welke elementen zouden daar dan in moeten staan?

Duid aan op welke schaal van 1 (=helemaal niet vereist) tot 5 (=sterk vereist) de volgende elementen voor u vereist zijn in het kinesitherapeutisch verslag?

	helemaal niet vereist (1)	niet vereist (2)	neutraal (3)	vereist (4)	sterk vereist (5)
Hulpvraag van de patiënt aan de kinesitherapeut.	○	○	○	○	○
Bevindingen na anamnese door de kinesitherapeut.	○	○	○	○	○
Bevindingen na klinisch onderzoek door de kinesitherapeut.	○	○	○	○	○
Diagnose gesteld door de kinesitherapeut.	○	○	○	○	○
Uitgevoerde behandelingen.	○	○	○	○	○
Verder nog geplande behandelingen, die uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk.	○	○	○	○	○
Inschatting van de kinesist in welke mate het beoogde resultaat behaald is.	○	○	○	○	○
Aanbeveling naar "return to sports" toe	○	○	○	○	○
Aanbeveling naar "return to work" toe.	○	○	○	○	○
Aanbeveling naar de huisarts toe i.v.m. andere behandelingen (vb infiltratie, epidurale, operatief,...) die niet uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk.	○	○	○	○	○
Of verlenging van de kinesitherapeutische behandeling zinvol zou zijn en de motivatie hiervoor.	○	○	○	○	○
Barrières ervaren door de kinesitherapeut bij de behandeling.	○	○	○	○	○

Indien u nog andere elementen, niet opgelijst in bovenstaand overzicht, zou willen toevoegen aan het kinesitherapeutisch verslag, dan kan u ze hier noteren. _____

Bent u voorstander van het gebruik van een gestandaardiseerd sjabloon voor een kinesitherapeutisch verslag?	◯ ja ◯ nee
U koos 'nee' bij de vorige vraag. Indien u dit wenst, kan u hier verduidelijken waarom u geen voorstander bent van een gestandaardiseerd sjabloon.	_____

4. Barrières

Duid aan op welke schaal van 1 (=sterk oneens) tot 5 (=sterk mee eens) u akkoord gaat met volgende stellingen:

	sterk oneens (1)	oneens (2)	neutraal (3)	mee eens (4)	sterk mee eens (5)
Ik ga ervan uit dat overleg niet bijdraagt tot een beter resultaat van de behandeling.	○	○	○	○	○
Ik vind overleg met de huisarts niet zinvol.	○	○	○	○	○
Ik vind communiceren met de huisarts een tijdsintensief proces.	○	○	○	○	○
Ik ben bereid om tijd te investeren in overleg met een huisarts.	○	○	○	○	○
Huisartsen zijn onvoldoende toegankelijk voor overleg.	○	○	○	○	○
Ik zou meer communiceren met de huisarts indien er een financiële vergoeding tegenover stond.	○	○	○	○	○
Het communicatiemiddel van mijn voorkeur vind ik te duur.	○	○	○	○	○
Ik zou meer communiceren met een huisarts, indien ik hem/haar ook beter zou kennen.	○	○	○	○	○
Ik zou meer communiceren met een huisarts, indien die geen hiërarchische positie aanneemt.	○	○	○	○	○

Indien u nog andere barrières ervaart, niet opgelijst in bovenstaand overzicht, dan kan u ze hier noteren.

Sociodemografische vragen

Tot slot, volgen hierna nog enkel sociodemografische vragen.

Wat is uw geslacht?	◯ vrouw ◯ man ◯ X
Leeftijd (in jaren)	_____
Ik ben werkzaam in: Opmerking: U kan meerdere opties aanvinken. Indien u bv. in een praktijk werkt met 3 andere kinesisten en een logopedist, vinkt u zowel 'Groepspraktijk', als 'Multidisciplinaire praktijk' aan. Een ander voorbeeld kan zijn dat u zowel in een revalidatiecentrum werkt, als in een solopraktijk. U vinkt dan 'Solopraktijk' en 'Revalidatiecentrum' aan.	☐ Solopraktijk ☐ Duo-of groepspraktijk ☐ Monodisciplinaire praktijk ☐ Multidisciplinaire praktijk ☐ Wijkgezondheidscentrum ☐ Ziekenhuis ☐ Revalidatiecentrum ☐ Andere samenwerkingsvorm
Is er een huisarts werkzaam in de praktijk?	◯ ja ◯ nee
Ik ben werkzaam in:	◯ Ruraal gebied ◯ Stedelijk gebied ◯ Kan niet worden gespecificeerd
Hoeveel jaar praktijkervaring hebt u als kinesist?	_____
Hoeveel patiënten behandelt u gemiddeld per week ?	_____
Hoeveel kinesitherapeutische verslagen verstuurt u gemiddeld per week?	_____
U bent op het einde gekomen van de vragenlijst. Indien u nog extra opmerkingen heeft, kan u deze hier noteren.	_____

7.3 Bijlage 3: tekstuele antwoorden vragenlijst

Indien u nog andere barrieres ervaart, niet opgelijst in bovenstaand overzicht, dan kan u ze hier noteren:

- Gebrek aan tijd bij zowel huisarts en bij kinesitherapeut
- Via gewone e-mail mag je niet communiceren over gezondheidszaken van een patiënt (gebrek aan goede/ snelle middelen en beveiligde om te communiceren)
- Het communiceren moet vlot kunnen gaan, een brief schrijven neemt veel tijd in beslag, een email veel minder. er moet ook onderscheid gemaakt worden tussen een eindverslag en snel even iets kunnen vragen (bv onderzoeksresultaat).
- Het is moeilijk te weten hoe de arts hier zelf tegenover staat. En als kinesist weet je niet altijd via welk kanaal de arts hiervoor het liefst benaderd wordt. Een toegankelijke communicatietool, waarbij we weten dat de huisarts gecontacteerd wil/kan worden. vb. bellen vind ik steeds wat ongemakkelijk omdat je waarschijnlijk de huisarts op dat moment stoort. Maar velen weigeren als alternatief een mailadres of dergelijke te geven waarop je kan communiceren.
- Soms moeilijk moment voor telefonische bereikbaarheid. Je wilt de arts niet storen tijdens de consultaties. Wanneer is het juiste moment? Misschien interessant om ook beluren te maken voor paramedische beroepen?
- In theorie zou telefoneren het snelste gaan maar huisartsen zijn telefonisch vaak niet bereikbaar door drukte in hun praktijk. In de praktijk is een brief opstellen en meegeven aan de patiënt sneller.
- Sommige artsen hebben me al gezegd van “denk je dat je arts bent geworden?”. Ik wil alleen maar het beste voor mijn patiënt en daarom denk ik soms mee en ben niet louter een uitvoerder. Ons KB geeft ons de toestemming en verantwoordelijkheid om een eigen diagnose en therapie op te stellen (hierarchische positie- staat erin)
- Niet iedere huisarts is bvb via email te bereiken. Een ander nadeel is wat er met de info effectief gebeurt - heel vaak gewoon niet nagelezen ook - vandaar dat ikzelf meestal bij problemen contact opneem telefonisch - anders meestal niet - wordt te veel voor arts.specialist - wat begrijpelijk is uiteraard - té veel info/verslagen - > vandaar enkel info/update/contact als er moet bijgestuurd worden, aangepast - indien goed verloop niet. bereikbaarheid arts - veelal niet bereikbaar (mail - andere communicatie)
- Moeilijk te bereiken. Telefonisch niet altijd te bereiken. Communicatietool is nodig!
- De huisartsen hebben het in het algemeen veel te druk. En daardoor slecht tot niet bereikbaar. In tegenstelling tot specialisten.
- Indien er geen feedback volgt of indien er geen gehoor wordt gegeven aan de feedback ben ik minder van zin om snel te communiceren met de arts
- Het is voor mij onduidelijk of de huisarts het verslag goed ontvangen en gelezen heeft.

U bent aan het einde gekomen van de vragenlijst. Indien u nog extra opmerkingen heeft, kan u deze hier noteren:

- Overleg met arts en opmaken van eindverslag is zeer nuttig, maar hier is helaas geen/weinig tijd voor.
- Er is een verschil tussen een (verplicht) kinesitherapeutisch verslag voor een E- of F-pathologie en een vraag die je hebt ivm een patiënt. Het eerste is altijd geschreven, de tweede kan telefonisch of via een korte mail of sillo en is meestal meer dringend.
- Fantastisch onderzoek! Bij de huisartsen die open staan voor communicatie (met respect voor de hiërarchie uiteraard) merk ik dat er sneller en adequater op nieuwe of

veranderde symptomen ingespeeld kan worden. Patiënten appreciëren het enorm wanneer ik een verslag schrijf, onafhankelijk of de revalidatie goed of slecht gaat.

- Chapeau met jullie initiatief - de patiënt / behandeling en resultaat daarvan (wat primair is) kan er enkel maar meer baat bij hebben. Echter gaat dit allemaal over tijd. Tijd om te luisteren naar patiënt, overleg onderling... We leven in een (foute) prestatiegeneeskunde, waar geen tijd meer genomen wordt om deskundig te luisteren/oordelen/overleggen. Tijd reserveren hiervoor is noodzakelijk.essentieel, dit moet nodig veranderen. Vergoeding kan, maar is fundamenteel niet de oplossing. Het overleg, duiding zou inherent moeten zijn aan 'een behandeling' van een patiënt, de gezonde begeleiding van een patiënt. Er wordt héél vaak hiërarchisch niet geluisterd als er overlegd wordt. Wel meer en meer, gezien de jongere/nieuwere generatie wel het fundamentele nut ervan inziet/ervaart. Dus, door jullie werk wordt er aandacht aan besteed wat de interactie enkel maar kan verbeteren.
- Ik doe al de verplichte verslagen (E- en F-pathologieën) elk jaar.
- Graag wil ik vermelden dat communicatie via de eHealthBox een erg goede evolutie zou zijn. Echter, vele kinesitherapeuten en artsen hebben hier nog geen account. Bovendien werkt het systeem nog niet optimaal. Ik volgde een opleiding en bleek dat er nog te veel kinderfouten waren, waardoor geen mails verstuurd konden worden. Daarnaast is gebrek aan tijd een erg grote drempel, eveneens omdat er geen financiële vergoeding tegenover staat. De dossierkost die hiervoor jaarlijks mag aangerekend worden dekt deze tijdsinvestering helemaal niet. Verder hebben we als kinesitherapeut ook vaak de indruk dat onze verslagen niet of nauwelijks gelezen worden. Waar patiënten zelfs het verhaal vertellen dat onze verslagen in de prullenmand belanden omdat de dokter geen tijd heeft om te te lezen. Tot slot hebben wij als beroepsgroep nog erg de indruk dat artsen niet weten wat ons beroep inhoudt en welke kennisachtergrond wij hebben. We krijgen bv amper verslagen van medische beeldvorming door, terwijl dit van belang kan zijn voor het bepalen van de inhoud van de behandeling. Ideaal zou het zijn als er een gemeenschappelijk dossier zou komen per patiënt waarbij verschillende zorgverleners toegang hebben tot ditzelfde dossier. Zo hoef je bv bij de anamnese niet telkens opnieuw te vragen aan de patiënt welke medicatie hij/zij neemt of welke onderzoeken er al gebeurd zijn. Patiënten kunnen dit immers niet altijd onthouden en dan zouden wij dit eenvoudig kunnen opzoeken in hun dossier. Ook artsen zouden dan perfect de notities kunnen volgen en kijken hoe de behandeling verloopt of welke extra zaken er uit ons kinesitherapeutisch onderzoek komen.
- Interessant onderzoek!
- De noodzaak van een voorschrift kinesitherapie om te kunnen werken is in veel situaties achterhaald. Een patiënt moet zonder voorschrift kinesitherapie rechtstreeks tot bij ons kunnen komen. Kinesitherapeuten zijn vandaag voldoende opgeleid om red flags te excluderen en door te verwijzen indien nodig. Dit komt de patiënt ten goed en vermijdt bergen administratie voor beide partijen.

7.4 Bijlage 4: Goedgekeurd protocol









VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

COMMUNICATIE TUSSEN KINESIST EN HUISARTS: NAGAAN VAN DE VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN EEN ENQUÊTE OVER HET KINESITHERAPEUTISCH VERSLAG

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. PASCAL COOREVITS
- FUNCTIE: ZAP
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 89 26
- FAX: /
- E-MAIL: PASCAL.COOREVITS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. DIEGO SCHRANS
- FUNCTIEAAP
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: /
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: DOMINICUS ELISA
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT (UGENT)
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0032476255315
- E-MAIL: ELISA.DOMINICUS@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. DELVA HANS EN DR. CLARYSSE STÉPHANIE (FASE 1)
- ADRES: EMIEL CLAUSLAAN 9, 9800 ASTENE
- TELEFOONNUMMER: 09/3354046
- E-MAIL: ADMIN@MCASTENE.BE
- TYPE-PRAKTIJK : GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: /
- NAAM ONDERZOEKER: /
- DATUM GOEDKEURING: / (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: STARTEND VANAF GOEDKEURING ETHISCH COMITE
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2022

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - X VRAGENLIJSTEN
  - ❑ INTERVIEW
- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DE OPZET VAN DEZE KWANTITATIEVE STUDIE IS HET NAGAAN VAN DE KWALITEIT VAN DE COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTS EN KINESIST. SPECIFIEK WORDT ER EEN ENQUÊTE OPGEMAAKT DIE DE VISIE VAN DE KINESIST OVER HET KINESITHERAPEUTISCH VERSLAG (COMMUNICATIE VAN DE KINESIST NAAR DE HUISARTS) BESTUDEERD.

IN VOORGAANDE ONDERZOEKEN (BETREFFENDE COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTS EN KINESIST) WERD ER FREQUENT GEBRUIK GEMAAKT VAN EEN ENQUÊTE ALS MEETINSTRUMENT. ECHTER WERDEN DE ENQUÊTES ZELDEN TOT NOOIT GETOETST OP VALIDITEIT OF BETROUWBAARHEID. VANDAAR IS ONS OPZET OM DEZE 2 BELANGRIJKE TESTEIGENSCHAPPEN VAN ONZE ENQUÊTE TE BESTUDEREN OM OP DIE MANIER CORRECTE CONCLUSIES TE KUNNEN TREKKEN IN DE TOEKOMST.

HET ONDERZOEK WORDT HIERVOOR OPGEDEELD IN 2 FASES.

FASE I: INITIEEL ZAL ER EEN EERSTE VERSIE VAN DE ENQUÊTE WORDEN OPGESTELD DIE GEBASEERD IS OP BESTAANDE VRAGENLIJSTEN BEKOMEN UIT LITERATUURONDERZOEK (ZIE EERSTE VERSIE IN BIJLAGE). DE MEESTE VRAGEN ZIJN GESLOTEN EN WORDEN GESTELD AAN DE HAND VAN EEN 5-PUNTSLIKERTSCHAAL MET DAARNAAST ENKELE OPEN VRAGEN. NADIEN ZAL DE ENQUÊTE WORDEN GEVALIDEERD EN BIJGESCHAAFD TIJDENS MINIMUM 2 OVERLEGMOMENTEN MET EEN EXPERTENPANEL. DIT PANEL ZOU IDEALITER MOETEN BESTAAN UIT MINIMUM 2 KINESISTEN, 1 PERSOON WERKZAAM BIJ E-HEALTH (OF ANDER MEDISCHE SOFTWARE-VERWERKINGS BEDRIJF) EN 1 HUISARTS. INSTEMMING VAN DEELNAME ZAL WORDEN BEKOMEN AAN DE HAND VAN EEN INFORMED CONSENT (ZIE BIJLAGE).

AAN HET EINDE VAN FASE I ZAL DE ENQUÊTE GEVALIDEERD ZIJN EN ZAL VIA EEN AMENDEMENT AAN DIT PROTOCOL EEN FINALE VRAGENLIJST WORDEN INGEDIEND. NA GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITÉ GAAT FASE 2 VAN START.

FASE 2: TIJDENS DEZE FASE GAAN WE DE BETROUWBAARHEID VAN DE ENQUÊTE NA. DIT WORDT GEDAAN DOOR VLAAMSE ZELFSTANDIGE KINESISTEN TUSSEN DE LEEFTIJD VAN 25 EN 65 JAAR OP 2 VERSCHILLENDE TIJDSTIPPEN DE ENQUÊTE TE LATEN INVULLEN. ONZE ENQUÊTE ZAL ENKEL ONLINE BESCHIKBAAR ZIJN EN ZAL WORDEN OPGEMAAKT MET DE BEVEILIGDE WEBAPPLICATIE REDCAP. INSTEMMING MET DEELNAME ZAL VIA EEN INFORMED CONSENT AAN DE START VAN DE ENQUÊTE WORDEN GEVRAAGD (ZIE BIJLAGE). ER ZULLEN GEEN PERSOONSGEGEVENS VERZAMELD WORDEN. EVENEENS ZULLEN ALLE GEGEVENS ANONIEM VERWERKT WORDEN.

RECRUTEREN VAN DEELNEMERS ZAL DOOR MIDDEL VAN TELEFONISCH CONTACT, MAIL EN SOCIALE MEDIA VERLOPEN. AAN DE VERWACHTE RESPONSERATE VAN 25% ZOUDEN WE 300 KINESISTEN MOETEN CONTACTEREN OM EEN MINIMUM VAN 75 BENODIGDE RESPONSES TE ONTVANGEN.

9. IS HET ONDERZOEK ??

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- X EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- X NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER:

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VAN DE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 75

D. LEEFTIJD : 25-65J

E. GESLACHT : MAN/VROUW/X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? E-MAIL, TELEFONISCH, SOCIALE MEDIA

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA
❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA
X NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET? PROEFPERSONEN KRIJGEN EEN ONLINE (SCHRIFTELIJKE) INFORMED CONSENT VOORALEER DE ENQUÊTE BEGINT

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- X JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- X JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE
VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

UGENT NO FAULT VERZEKERING VAN TOEPASSING

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
ER WERDEN REEDS ENKELE MASTER-NA-MASTER (IN DE HUISARTSGENEESKUNDE) THESISSEN GESCHREVEN OVER DIT ONDERWERP. DE STUDIE WORDT NU HERNOMEN OMDAT DE ENQUÊTES DIE IN VOORGAANDE STUDIES WERDEN GEBRUIKT NOOIT WERDEN GETEST OP BETROUWBAARHEID OF VALIDITEIT

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
X NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
X NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X NEEN / NIET VAN TOEPASSING

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? NIET VAN TOEPASSING

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA
X NEEN/ NIET VAN TOEPASSING

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
X NEEN/ NIET VAN TOEPASSING

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? NIET VAN TOEPASSING

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- X NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM 04-09-21
NAAM : Dominicus Elisa
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM 17/12/2020
NAAM : Pascal Coorevits
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM 04/12/20
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 17 december 2020
NAAM : Prof dr. Sara Willems
HANDTEKENING :

7.5 Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Pascal Coorevits
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09393	NVT	05/02/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"COMMUNICATIE TUSSEN KINESIST EN HUISARTS: NAGAAN VAN DE VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN EEN ENQUÊTE OVER HET KINESITHERAPEUTISCH VERSLAG - MaNaMa Elisa Dominicus"

B.U.N.: B6702021000072
EudraCT:
Fase (Phase):

- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 15/12/2020 enquête in kader van nagaan betrouwbaarheid
- Begeleidende brief dd. 15/12/2020
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 15/12/2020 expertenpanel in kader van nagaan van validiteit
- Adviesaanvraagformulier dd. 15/12/2020 Ontvangen dd 11/01/2020
- Vragenlijsten

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Pascal Coorevits

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/02/2021 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/02/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 04/02/2021 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/02/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/02/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/02/2021.

** Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
** Het Ethisch Comité bekiemtoont 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*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Pampe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haesebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Afz. : Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Pascal Coorevits
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 05 06	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09393	NVT	1/12/2021	1/2

Betreft :

Advies Amendement voor studie met als titel :
"COMMUNICATIE TUSSEN KINESIST EN HUISARTS: NAGAAN VAN DE VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN EEN ENQUÊTE OVER HET KINESITHERAPEUTISCH VERSLAG - MaNaMa Elisa Dominicus"

B.U.N.: B6702021000072

Geachte collega

Wij ontvingen uw aanvraag op 12/11/2021 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

* Begeleidende brief dd 10/11/2021
* Diverse: Enquete versie 2.0 dd 24/09/2021

Dit/deze document(en) werd(en) goedgekeurd door de leden van het Ethisch Comité dd. 30/11/2021.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof dr. R. Paleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be