HET KINESITHERAPEUTISCH VOORSCHRIFT ALS COMMUNICATIEMEDIUM TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN:

EEN KWANTITATIEF PROSPECTIEF ONDERZOEK AAN DE HAND VAN GEVALIDEERDE VRAGENLIJSTEN.

Dr. Ruben Van Gelder, Universiteit Gent

Dr. Lucas Van der Elst, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Diego Schrans

Co-promotor: Prof. Dr. Pascal Coorevits

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2019-2020, 2020-2021, 2021–2022

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

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

Dankwoord

Wij willen graag onze promotoren bedanken: dokter Diego Schrans en professor Pascal Coorevits voor de begeleiding en advies dat ze ons gaven tijdens het schrijven van deze scriptie. Dokter Diego Schrans hielp ons voornamelijk bij de ondersteuning van de verschillende stappen en onderzoeken die we uitvoerden. Professor Pascal Coorevits ondersteunde ons bij het verzamelen en de statistische verwerking van de data.

Veel hulp kwam van de beroepsvereniging van huisartsen (Domus Medica) en de beroepsvereniging van kinesitherapeuten (Axxon) door het verspreiden van de vragenlijsten.

Ook onze huidige praktijkopleiders dokter Jacques Kluijtmans en dokter Juan Willems zouden we graag bedanken. Zij daagden ons uit het onderzoek te toetsen aan de dagdagelijkse huisartsenpraktijk.

We danken onze familie en vrienden, omdat we steeds op hen hebben kunnen rekenen terwijl we aan deze thesis werkten. Zij inspireerden ons om steeds met een positieve blik verder te gaan. Elise bedanken we voor haar bijzondere kwaliteiten in tekstverwerkingsprogramma's. Alexe ondersteunde ons met haar excellente kennis over academisch schrijven en onderzoeksmethodologie. Michiel hielp ons vooruit met zijn talent in programmeren. Bij het coderen en organiseren van de datasets konden we steeds op hem rekenen. Ook mogen we Veronique niet vergeten te bedanken om steeds voor ons klaar te staan.

Ten slotte willen we nog een bijzondere bedanking geven aan onze collega en persoonlijke vriend Janos, die op een uiterst nauwkeurige en kritische wijze de thesis nagelezen heeft en ons liet reflecteren over ons onderzoek. Een oprechte bedanking aan Kathleen, Patrick en Bea die de tijd namen om dit werk na te lezen.

De bijdrage van bovenstaande personen kan niet onderschat worden.

Abstract

Situering:
In Vlaanderen is een voorschrift verplicht om terugbetaling te verkrijgen voor kinesitherapeutische behandeling. Buiten de verplichte velden op het voorschrift blijkt de info die gedeeld wordt bij verwijzing door de huisarts beperkt. Een evolutie naar een digitaal voorschrift wordt verwacht, waarbij rechtstreeks contact wordt gemaakt tussen de voorschrijver en de ontvanger via het elektronisch patiëntendossier. Deze ontwikkeling zorgt voor nieuwe mogelijkheden op vlak van communicatie.

Er werd nagegaan welke onderdelen een optimaal kinesitherapeutisch voorschrift bevat. Daarnaast werd onderzocht of huisartsen en kinesitherapeuten klaar zijn voor de digitalisering van het kinesitherapeutisch voorschrift.

Methode:
Er werd een samenvatting gemaakt van de bestaande literatuur. Deze werd gebruikt voor het opstellen van twee gelijkaardige vragenlijsten om te peilen naar de opinie van zowel huisartsen als kinesitherapeuten omtrent de communicatie bij verwijzing. De vragenlijsten werden gevalideerd aan de hand van drie expertenpanels. De betrouwbaarheid werd nagegaan door een test-hertest onderzoek bij een groep van twintig huisartsen en 21 kinesitherapeuten. Om de maat van overeenkomst tussen de twee meetmomenten weer te geven werd de kappacoëficiënt berekend. Nadien werd de vragenlijst, die via REDCap werd opgesteld, online verspreid door de beroepsverenigingen.

Resultaten:
In de literatuur heerst consensus dat er te weinig interdisciplinaire communicatie plaatsvindt. Inspanningen geleverd door beleidsorganen hebben tot op heden weinig impact op de communicatie.

Het betrouwbaarheidsonderzoek van de vragenlijsten toont een gemiddelde kappawaarde van 0,41 bij de vragenlijst voor kinesitherapeuten en 0,38 bij deze voor huisartsen. Dit wijst op een matig tot goede graad van betrouwbaarheid.

De enquête geeft aan dat er veel eensgezindheid heerst tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Uit de bevraging van 90 huisartsen en 377 kinesitherapeuten komt naar voor dat er weinig informatie gedeeld wordt bij verwijzing. Toch werd aangegeven dat kinesitherapeuten baat hebben bij meer patiënteninformatie. Huisartsen willen ingaan op de vraag van kinesitherapeuten naar meer inspraak omtrent het bepalen van de behandeling. Huisartsen geven aan vaker gecontacteerd te willen worden indien er zich problemen voordoen of wanneer de kinesitherapeut het therapieplan aanpast. Kinesitherapeuten houden zich zelden aan de voorgeschreven behandeling, maar de huisarts wordt praktisch niet gecontacteerd voor overleg. Beide zorgverleners zijn van mening dat een elektronische verwijsbrief een meerwaarde kan betekenen en de drempel voor communicatie kan verlagen.

Conclusie:
Uit dit onderzoek komt naar voor dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten vinden dat kinesitherapeuten meer autonomie kunnen krijgen op vlak van het therapieplan. Kinesitherapeuten zijn meer op de hoogte welke behandeling geïndiceerd is bij welke problematiek. De huisartsen zijn bereid om meer informatie te delen uit het medisch dossier zodat de patiënt gerichter kan worden behandeld. Hiertegenover wenst de huisarts meer feedback van de kinesitherapeut, om meer kennis te krijgen over de indicaties voor kinesitherapie en welke behandelingen succesvol zijn.

Inhoudstabel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inhoudstabel 5
1 Inleiding 6
1.1 Situering 6
1.2 Motivatie 6
1.3 Onderzoeksvraag 7
1.4 Huisartsgeneeskunde versus kinesitherapie 7
1.5 Het kinesitherapeutisch voorschrift 8
1.6 Gedeeld medisch beroepsgeheim 8
2 Literatuurstudie 10
2.1 Methode literatuurstudie 10
2.2 Bevindingen uit de literatuurstudie 10
2.3 Discussie en conclusie literatuuronderzoek 13
3 Methodologie 14
3.1 Inleiding methodologie 14
3.2 Validiteitsstudie 14
3.2.1 Expertenpanel kinesitherapeuten 14
3.2.2 Expertenpanel huisartsen 14
3.2.3 Expertenpanel kinesitherapeuten en huisartsen 15
3.2.4 Test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek 15
3.3 Enquête huisartsen en kinesitherapeuten 16
4 Resultaten 17
4.1 Validiteitsstudie 17
4.2 Test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek 18
4.3 Enquête huisartsen en kinesitherapeuten 18
4.3.1 Open vraag kinesitherapeuten 23
4.3.2 Open vraag huisartsen 25
5 Discussie 26
5.1 Expertenpanel 26
5.2 Test-hertest betrouwbaarheidsstudie 26
5.2.1 Bespreking kappawaarden test-hertest 28
5.2.2 Conclusie test-hertest onderzoek 29
5.3 Vragenlijsten 29
5.3.1 Steekproef 29
5.3.2 Trends 30
6 Sterktes en zwaktes 31
7 Conclusie 32
8 Praktische implicatie 32
9 Bijlagen 35
Bijlage 1: Enquête huisartsen 35
Bijlage 2: Enquête kinesitherapeuten 36
Bijlage 3: Toestemmingsformulier 37
Bijlage 4: Plagiaatrapport 38
Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité 39
Bijlage 6: Kappawaarden test-hertest enquête huisartsen en kinesitherapeuten 40
Bijlage 7: Persoonlijke reflectie 42
10 Referenties 44

1 Inleiding

1.1 Situering

Na de eerste maanden werken in de huisartsenpraktijk, merkten wij dat huisartsen en kinesitherapeuten bijna niet of moeilijk communiceren. Dat de interdisciplinaire communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten vaak stroef loopt, wordt bevestigd in de literatuur (1,2).

Nochtans wordt een groot deel van de patiënten dat zich in de huisartspraktijk aanmeldt, doorverwezen naar een kinesitherapeut. Dit omdat 30 procent van de aanmeldingsklachten musculoskeletaal is en een deel hiervan een meer actieve aanpak vereist (3). We stelden vast dat huisartsen over het algemeen doorverwijzen naar kinesitherapeuten met het gebruik van een summiere verwijsbrief. Wij pleiten voor een optimalisatie van deze informatieoverdracht. Door vijf jaar masterstudie is de kinesitherapeut een hoogopgeleide expert in zijn vakgebied, die op heden ook gebruik maakt van 'evidence-based' onderzoek om patiënten zo goed mogelijk te helpen. De sector van de kinesitherapeuten zelf streeft bovendien naar meer autonomie en verantwoordelijkheid (3–5).

Het verbeteren van de verwijsbrief door de huisarts zal de communicatie in beide richtingen verbeteren en is daarenboven van uiterst belang om de continuïteit van de zorg voor de patiënt te waarborgen.

1.2 Motivatie

Uit onderzoek naar arts-patiënt en kinesitherapeut-patiënt communicatie blijkt dat goede communicatie van belang is voor een goede patiëntrelatie en gepaard gaat met betere resultaten (6,7). Voor wat betreft de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten zijn er in de literatuur slechts een beperkt aantal bronnen te vinden. Deze twee zorgverlenende disciplines op de eerste lijn staan qua communicatie ver uit elkaar.

Een interdisciplinaire samenwerking bestaat reeds tussen huisartsen en specialisten, waarbij schriftelijk wordt gecommuniceerd met een verwijsbrief en na consultatie bij de specialist wordt een verslag elektronisch naar het globaal medisch dossier van de patiënt gestuurd.

Deze communicatie is cruciaal voor de continuïteit en garandeert een betere uitkomst van de zorg (8). Wij pleiten ervoor om de communicatie binnen de eerstelijn tussen kinesitherapeuten en huisartsen van een gelijkaardige communicatie te verzekeren, met de aanpak van de communicatie tussen huisartsen en specialisten als model (9). Op dit ogenblik staat het integreren van een elektronisch voorschrift in zijn kinderschoenen. De ontvanger van het voorschrift (de kinesitherapeut) heeft vaak geen elektronisch patiëntendossier, waarmee een therapeutische link kan gemaakt worden met het softwarepakket van de verzender (de huisarts).

In vorig thesisonderzoek over de communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen werd vaak gebruik gemaakt van vragenlijsten. Deze vragenlijsten werden echter niet gevalideerd door een test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek, waardoor de betrouwbaarheid niet kan gegarandeerd worden en resultaten moeilijk vergeleken kunnen worden (2,10,11).

Tot nu toe was academisch onderzoek gefocust op het beschrijven van tekortkomingen in de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten(2,10–12). Er werd nog geen contact gelegd met beleidsmakers die instaan voor het ontwikkelen van een oplossing. Hierin wil deze thesis het verschil maken. Zoals in Vlaanderen het voorschrijven van medicatie reeds elektronisch verloopt via Recip-e, is tot op heden door dezelfde onderneming een project opgestart om het kinesitherapeutisch voorschrift elektronisch te maken. In deze thesis werden de meningen van zowel huisartsen als kinesitherapeuten omtrent deze evolutie verzameld door middel van een gevalideerde vragenlijst. Hierdoor wordt de combinatie van zowel academisch onderzoek als kennis uit de praktijk gemaakt.

De invoering van een elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift blijkt evenwel niet eenvoudig. Reeds in 2012 werden deze problemen besproken en kanttekeningen geplaatst bij de invoering van een dergelijk elektronisch voorschrift (1). Digitalisering staat vaak tegen een aanzienlijke kost waardoor de kost-effectiviteit negatief wordt beïnvloed. Het kritisch blijven op vlak van innovatie en technologie is een must. Het gevaar bestaat dat beleidsmakers worden verleid door "techno- enthousiastelingen" waardoor te weinig aandacht is voor objectieve parameters. Daarnaast zorgt digitalisering voor meer risico op datalekken. De veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt moet steeds voorop staan (13). Hoewel vorig onderzoek liet uitschijnen dat op korte termijn verandering in de communicatie zal plaatsvinden, blijkt dat anno 2022 nog steeds geen verandering teweeg gebracht is (1,2,10,11).

Er zijn verschillende mogelijke redenen die leiden tot het behoud van de gedateerde en te beknopte manier van doorverwijzen. De huisarts kan het gevoel hebben dat hij interfereert met het expertisedomein van de kinesitherapeut om een goed beleidsplan op te stellen, of kan dit als te tijdsintensief ervaren. Voor de kinesitherapeut kan de indruk ontstaan dat autonomie ontnomen wordt, of dat de huisarts meer controle wil uitoefenen (14).

Verandering zorgt vaak voor weerstand. Dit onderzoek poogt deze te reduceren door een transparantere samenwerking en communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen te bewerkstelligen.

1.3 Onderzoeksvraag

In deze studie wordt gestreefd een antwoord te bieden op twee onderzoeksvragen. Allereerst wil dit onderzoek de tekortkomingen in het kinesitherapeutisch voorschrift aanpakken. Meer concreet wordt onderzocht welke onderdelen een optimaal kinesitherapeutisch voorschrift bevat voor zowel de huisarts als de kinesitherapeut. Daarnaast wordt nagegaan of huisartsen en kinesitherapeuten klaar zijn voor de digitalisering van het kinesitherapeutisch voorschrift. Het is van belang de knelpunten in kaart te brengen en oplossingen aan te reiken om deze te overwinnen.

1.4 Huisartsgeneeskunde versus kinesitherapie

Waar de huisarts de patiënt meer holistisch benadert, zal de kinesitherapeut de patiënt veelal vanuit een locomotorisch oogpunt benaderen. De kinesitherapie richt zich op het behoud van bewegen en functioneren van mensen. Daartoe beschikt de kinesitherapeut over een aantal technieken, die naargelang de onderliggende pathologie in verschillende combinaties worden aangewend: pijnstillende technieken, mobilisatie, oefentherapie, oefeningen naar verbetering van evenwicht en coördinatie, gangreëducatie en conditionele training (15).

Patiënten kunnen ook naar de kinesitherapeut verwezen worden voor een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Hierbij gaat de kinesitherapeut na of er al dan niet een indicatie is voor kinesitherapie. Momenteel is er in België nog geen rechtstreekse toegang tot kinesitherapie (zonder verwijzing) (11).

Door deze verhouding blijft de huisarts een centraal aanspreekpunt in de eerste lijn. De eerste contactpersoon van de patiënt zal bijna steeds de huisarts zijn. De huisarts zal naargelang diens inschatting al dan niet verwijzen voor verdere behandeling. Deze inschatting kan gemaakt worden een langdurige opvolging en kennis van de patiënt en door het onderhouden van een globaal medisch dossier (16).

1.5 Het kinesitherapeutisch voorschrift

Een kinesitherapeutisch voorschrift is nodig om terugbetaling van de behandeling te krijgen door het RIZIV. Bij een geconventioneerde kinesitherapeut liggen de remgelden voor de patiënt tussen twee en zes euro per sessie (17). Op een voorschrift kan een onbeperkt aantal sessies vermeld staan. Het maximaal aantal sessies aan normale terugbetalingsvoorwaarden is gelimiteerd tot een vast aantal afhankelijk van de pathologie. Voor courante aandoeningen kan de patiënt tot 18 beurten aan het hoogste terugbetalingstarief krijgen.

Een verwijzingen naar een kinesitherapeut gebeurt echter niet steeds wegens een klinische noodzakelijke indicatie. Soms komt een patiënt met een duidelijke hulpvraag naar de huisarts. Wanneer tijd en conservatieve middelen niet voldoende beterschap brengen, kan druk ontstaan om verdere stappen in de behandeling te starten. Hierdoor kan een verwijzing naar de kinesitherapeut zonder duidelijke onderbouwing gebeuren. Dit wordt in de literatuur een “dumping verwijzing” genoemd. Dumping verwijzing wordt gezien bij complexe patiënten, in het bijzonder bij “heartsink” patiënten. Deze patiënten melden zich vaak met verschillende wisselende klachten, waarbij de huisarts zich weinig zorgen maakt over een ernstige medisch aandoening. Bij dit soort verwijzingen is een samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut nog steeds belangrijk en kan meer hulp geboden worden door schriftelijke of directe communicatie (12,18).

Het kinesitherapeutisch voorschrift heeft momenteel een weinig informatieve functie, Desondanks is het moment dat de patiënt zich aanmeldt bij de kinesitherapeut een ideaal moment voor informatieoverdracht, dit om de continuïteit en kwaliteit van de eerstelijnszorg voor de patiënt te waarborgen.

1.6 Gedeeld medisch beroepsgeheim

Om meer informatie te kunnen delen tussen huisartsen en kinesitherapeuten, is het noodzakelijk dat een gedeeld medisch beroepsgeheim bestaat. Het medisch beroepsgeheim stond al ten tijde van Hippocrates centraal (19). Het is één van de belangrijkste rechten van de patiënt en een basisprincipe van de medische ethiek. Het is zo dat het beroepsgeheim de laatste jaren wel meer wordt gerelativeerd. Hiermee wordt niet bedoeld dat minder belang wordt gehecht aan het beroepsgeheim, maar dat het een complexer gegeven wordt door de digitalisering en samenwerking binnen gezondheidsberoepen (20).

Sinds enkele jaren wordt meer gewerkt in teamverband, waardoor de huisarts niet meer de enige is die alle info over het dossier van de patiënt in handen heeft. Dit gedeeld beroepsgeheim wordt ondersteund door de intrede van automatisatie van informatieprocessen. Deze maken het eenvoudiger om gezondheidsgegevens te verzamelen, op te slaan, te beheren en uit te wisselen. Hierdoor vergroot de kans op schending van het beroepsgeheim. In een multidisciplinaire context is er nood aan informatiestromen tussen de zorgverleners die samenwerken rond de patiënt, dit om de continuïteit van de zorg te verzekeren.

Volgens de code van medische deontologie 2018 wordt het medisch beroepsgeheim niet geschonden bij het opstellen van een verwijsbrief naar een kinesitherapeut indien de informatie ervoor kan zorgen dat de kinesitherapeut hierdoor gerichter kan handelen, indien de informatie beperkt wordt tot de noodzakelijke gegevens en wanneer de patiënt hiertoe toestemming geeft (21). In de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorg van 10 mei 2015 (WUG) staat dat er een doorverwijsplicht is wanneer de grenzen van het eigen competentiegebied overschreden worden. Bij verwijzing moet de huisarts een andere door de patiënt gekozen zorgverlener van voldoende noodzakelijke informatie voorzien, dit na goedkeuring van de patiënt (22).

Deze wet werd in juli 2021 vervangen door de kwaliteitswet die tot stand kwam om tegemoet te komen aan kwaliteit en continuïteit van de zorg. Deze spreekt van een voorafgaande en geïnformeerde toestemming van de patiënt die nodig is om nuttige en noodzakelijke informatie te delen met een andere gezondheidszorgbeoefenaar.

De vijf vooropgestelde voorwaarden voor het delen van medische informatie zijn:

1. Alle betrokken zorgverleners zijn gebonden door het beroepsgeheim.
2. De finaliteit van delen van medische gegevens in hulpverleningscontext en gezondheidszorg.
3. De toegang bestaat enkel voor nuttige en noodzakelijke medische gegevens: dit voor het garanderen van continuïteit en kwaliteit van de zorg.
4. Het belang van de patiënt staat voorop.
5. De patiënt moet expliciet of impliciet toestemming geven. Stilzwijgende toestemming is gelijk aan impliciete toestemming: de patiënt moet op de hoogte zijn van informatie-uitwisseling en moet zich hiertegen kunnen verzetten (23).

Hieruit kunnen we besluiten dat het delen van patiënteninformatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten mogelijk is indien met bovenstaande voorwaarden rekening gehouden wordt.

2 Literatuurstudie

2.1 Methode literatuurstudie

Het eerste deel van dit onderzoek omvat de literatuurstudie om de reeds verworven inzichten over de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut, met extra aandacht rond het kinesitherapeutisch voorschrift, in kaart te brengen.

Het is opvallend dat hoewel het kinesitherapeutisch voorschrift dagelijks door de huisarts gebruikt wordt, er weinig specifiek wetenschappelijk onderzoek naar gebeurd is. Nochtans is wereldwijd veel aandacht voor het bewerkstelligen van interdisciplinaire communicatie. EHealth is hiervan een voorbeeld met kwaliteit bevorderende effecten op zowel de veiligheid als kwaliteit van de zorgverlening (11).

Via de sneeuwbalmethode werden relevante artikels geïncludeerd in deze thesis tot deze procedure geen bruikbare info meer opleverde. Bij deze strategie wordt gestart met een basisartikel. Hierna wordt verder gezocht naar voortbouwend onderzoek aan de hand van de citatielijst (24).

Primaire bronnen werden gezocht via de kanalen PubMed en Google Scholar. De artikels werden gevonden via MeSH (Medical Subject Headings) termen. Dit zijn sleutelwoorden die gekoppeld worden aan artikels, waardoor onderwerpen gemakkelijker te vinden zijn.

De secundaire bronnen werden bekomen door meta-analyses, alsook de 'The Cochrane'-database.

De tertiaire bronnen zijn overzichtswerken zoals encyclopedieën en andere naslagwerken die zich baseren op secundaire bronnen. Cebam werd gebruikt om de relevante tertiaire bronnen in kaart te brengen. Dit is een onafhankelijk wetenschappelijk instituut dat verschillende disciplines en universiteiten verbindt. Ze richten zich op het informeren van patiënten en zorgverleners.

Quaternaire bronnen bevatten specifieke richtlijnen. Er werd naar de meest recente Belgische richtlijnen gezocht op NHG, Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Axxon (beroepsvereniging kinesitherapeuten).

Ten slotte werd de grijze literatuur nagekeken. Hiervoor werd de databank met masterscripties van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding (ICHO) doorzocht om relevante masterproeven te includeren.

Als inclusiecriteria werd gekozen voor informatie gaande over: beschrijving van communicatie of uitwisseling van informatie tussen de huisarts en kinesitherapeut, informatie over de manier van communiceren en informatie specifiek over het kinesitherapeutisch voorschrift.

Enkel artikels die in het Nederlands of Engels geschreven waren, werden geïncludeerd. Artikels die niet toegankelijk waren op het moment van het literatuuronderzoek werden niet opgenomen in het onderzoek.

2.2 Bevindingen uit de literatuurstudie

In 1989 werd in Mansfield (Verenigd Koninkrijk) reeds op kleine schaal onderzoek verricht naar de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut en de eventuele problemen die hiermee gepaard gaan. Van 200 doorverwijzingen die één kinesitherapeut ontving, werd de informatie op de verwijsbrief gecategoriseerd, waarna de kinesitherapeut het belang van verschillende categorieën beoordeelde. Hierna werd aan veertien huisartsen via een likertschaal gevraagd welke informatie ze graag van de kinesitherapeut zouden ontvangen. Bij een likertschaal worden vragen door middel van duidelijke antwoordmogelijkheden beantwoord. Een voorbeeld van antwoordmogelijkheden bij een likertschaal zijn: 'helemaal niet akkoord' - 'niet akkoord' - 'akkoord' - 'helemaal akkoord'. De participatiegraad van deze huisartsen was 100 procent. De kinesitherapeut in dit onderzoek vond de verwijsbrief vaak onvolledig. De

zaken waaraan de kinesitherapeut het grootste belang hecht op het kinesitherapeutisch voorschrift zijn: een (werk)diagnose van de huisarts, relevante medische voorgeschiedenis en het uiteindelijke doel van de behandeling. Huisartsen daarentegen merkten volgende zaken op: ze krijgen te weinig feedback over de behaalde resultaten en de inschatting van de kinesitherapeut. Ten slotte werd ook door de huisartsen een voorstel voor behandelingsmodaliteit in de toekomst als belangrijk ingeschat (25).

De studie van Clemence et al. (2003) analyseerde de ervaringen en gedachten van patiënten, huisartsen en kinesitherapeuten in verband met de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Dit thema werd onderzocht door middel van het afnemen van tweeëntwintig semigestructureerde interviews. De studie merkte op dat de communicatie tussen beide beroepsgroepen erg wisselend is van kwaliteit en dat er over het algemeen weinig communicatie is tussen beide beroepsgroepen. De verwachting van de patiënt ten opzichte van kinesitherapie werd als sterk variabel omschreven. Opgemerkt werd dat patiënten een soms onrealistisch verwachtingspatroon hebben met betrekking tot het verwachte effect van de kinesitherapeutisch behandeling. Het verwijzen door de huisartsen gebeurt niet steeds wegens een gegronde reden. Als conclusie werd gesteld dat het nauwer samenwerken tussen beide beroepsgroepen ervoor zou zorgen dat moeilijke casussen beter behandeld zouden worden. Daarenboven werd gesteld dat meer communicatie ervoor zou zorgen dat minder ongepast zou verwezen worden. Hierdoor kunnen kinesitherapeuten zich richten op behandelingen met een duidelijke indicatie (12).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bracht in 2012 een richtlijn uit over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. De richtlijn geeft duidelijke aan over wat, op welk ogenblik en op welke manier dient gecommuniceerd te worden. De richtlijn van het NHG maakt een onderscheid tussen verschillende types van verwijzingen, dit zijn “de verwijzing voor een eenmalig consult bij de kinesitherapeut” en “de ordinaire verwijzing door de huisarts voor behandeling bij de kinesitherapeut”. Daarnaast werd een richtlijn gemaakt voor “directe toegang tot de kinesitherapie”. In Nederland kan een patiënt direct zonder verwijzing naar de kinesitherapeut en wordt via de omgekeerde weg de patiënt voor bepaalde redenen (rode vlaggen, aanvullende onderzoeken) naar de huisarts verwezen. Per type verwijzing wordt hierna besproken welke informatie van belang is. Het Nederlandse model maakt gebruik van een gestructureerde uniformiteit van de indeling. Elk bericht bevat drie delen: een “enveloppe” waar de administratieve en logistieke gegevens in vermeld staan, een “kern” met relevante informatie over het betreffende zorgmoment en de “bijlagen” waarin medicatie en uitslagen van onderzoeken vermeld staan. Het is de bedoeling dat de kinesitherapeut in één oogopslag de vraag van de huisarts kan lezen. Hierbij wordt ook gewezen op het belang van de wederkerigheid van de communicatie(18)(26).

Domus Medica ontwikkelde reeds in 2003 samen met Axxon twee modules voor lokale kwaliteitsgroepen (LOK). LOK-vergaderingen worden georganiseerd voor huisartsen als bijscholing om hun erkenning te behouden. De onderwerpen kunnen zeer uiteenlopend zijn en maken deel uit van het proces “levenslang leren”. De thema’s die hier werden uitgewerkt zijn specifiek om de kennis van de huisartsen over de kinesitherapie bij te schaven, om de communicatie en het verwijsgedrag naar de kinesitherapeut te verbeteren.
Tijdens de eerste sessie wordt dieper ingegaan op de wettelijke bepalingen van het voorschrift en de terugbetalingscriteria van de behandeling. De huisarts wordt vertrouwd gemaakt met de spelregels van het voorschrijven. Huisartsen zijn op heden onvoldoende vertrouwd met de terugbetalingscriteria voor kinesitherapeutische zorg (27). De tweede sessie is gericht op de communicatie in het algemeen: de middelen voor communicatie alsook handvaten worden aangereikt om de communicatie in de regio te verbeteren. Er wordt een kinesitherapeut voor deze sessie uitgenodigd om samen met de huisartsen in dialoog te treden. Op deze manier kan op lokaal niveau de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten worden aangepakt (28).

De masterthesis van Levrau (2018) bespreekt de huidige verwijzing van huisarts naar de kinesitherapeut. Specifiek werd gezocht naar problemen bij het doorverwijzen. In deze studie werd een vragenlijst verspreid die werd ingevuld door 42 huisartsen en 35 kinesitherapeuten uit de regio rond Brakel. Er volgde een vergadering tussen vijftien huisartsen en twee vergaderingen met 30 kinesitherapeuten. In deze studie

werd geconcludeerd dat de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut bemoeilijkt wordt door het gebrek aan communicatie. Bovendien wees de studie ook op de matige kennis in het algemeen over kinesitherapie bij huisartsen. Levrau (2018) voorzag naar aanleiding van zijn thesis een sociale kaart die up to date was voor de praktijk waar hij werkte. Dit is een lijst waarin alle lokale kinesitherapeuten met hun specifieke interesses en subspecialisaties vermeld staan, waardoor een gerichte verwijzing vergemakkelijkt wordt (11).

De masterthesis van Schottey (2016) onderzoekt de pijnpunten in de communicatie met als doel deze te verbeteren. Een vragenlijst werd opgesteld en ingevuld door 53 huisartsen en 169 kinesitherapeuten. De thesis merkte ontevredenheid bij de zorgverleners over de onderlinge communicatie. Als drempels voor deze communicatie werden vermeld: “een gebrek aan persoonlijk contact, een minderwaardigheidsgevoel bij kinesitherapeuten, schrik om de huisarts te storen, een gebrek aan tijd en vergoeding voor het opmaken van verslagen, een overaanbod aan kinesitherapeuten in de steden en moeilijkere bereikbaarheid van jonge zorgverleners”. Aan de hand van deze knelpunten werd een praktijk verbeterend project opgesteld. Er werd een standaardsjabloon voor verwijzing opgesteld, daarnaast werd een jaarlijkse bijeenkomst georganiseerd (2).

De masterthesis van Wouters (2013) onderzocht welke fouten frequent voorkomen bij het schrijven van het kinesitherapeutisch voorschrift door huisartsen en specialisten. Eerst werd een online vragenlijst opgesteld voor huisartsen en vervolgens werden foutieve kinesitherapeutische voorschriften verzameld. De online vragenlijst werd door 40 Limburgse huisartsen ingevuld. Hieruit werd geconcludeerd dat de kennis van huisartsen omtrent de wettelijke verplichte elementen hoog scoort. Via Axxon werden alle leden gevraagd hun foutieve of onvolledige voorschriften anoniem te verzamelen. Deze doorgestuurde voorschriften werden geanalyseerd. De fout die zich het meest voordeed was het vergeten van de datum te noteren (29,9 procent van het totaal aantal fouten). Daarnaast werden voorschriften gezien waar de diagnose ontbrak (19,4 procent), niet vermeld werd dat de patiënt zich niet kan verplaatsen (13,1 procent) en het aantal behandelingen ontbrak (7,1 procent). Deze thesis zorgde voor een praktijk verbeterend project in de vorm van het opstellen van een standaardsjabloon. Dit standaardsjabloon zorgt voor meer volledige voorschriften, conform met de Belgische richtlijnen (10).

De masterthesis van Johanns (2014) focuste op de verbetering van de communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen. Er werd een vragenlijst opgesteld die werd ingevuld door 380 respondenten, waaronder: 134 huisartsen, 184 kinesitherapeuten en 52 patiënten. Uit dit onderzoek bleek dat 86 procent van de deelnemers voorstander was voor verdere ontwikkeling van elektronische communicatiemiddelen. Het zijn voornamelijk kinesitherapeuten die onvoldoende toegang hebben tot elektronische middelen om te communiceren. In verband met relevante medische beeldvorming werd gevonden dat zowel huisartsen, kinesitherapeuten als patiënten, vinden dat kinesitherapeuten meer inzage moeten krijgen. Er wordt bevestigd dat de huisarts onvoldoende kennis heeft van het kinesitherapeutisch handelen. Dit onderzoek suggereert dat het gebrek aan kennis de communicatie in de weg staat (1).

Hayward en Willcock (2015) namen veertien gestructureerde telefonische interviews af. Hieruit bleek dat volgens kinesitherapeuten de voorgeschiedenis, psychosociale toestand, gele vlaggen en objectieve bevindingen uit het klinisch onderzoek belangrijke informatie kunnen inhouden om een gericht behandelingsvoorstel voor te stellen. Huisartsen vonden eerder de werkdiagnose, behandelingsvoorstel en prognose belangrijk. Objectieve bevindingen kunnen helpen om gerichter de evolutie op te volgen. Verder vinden de kinesitherapeuten het belangrijk om te weten op welke termijn de huisarts beterschap verwacht. Op deze manier kan actie worden ondernomen wanneer de revalidatie afwijkt van de verwachting. De psychosociale voorgeschiedenis is echter moeilijk te delen, omdat deze info niet altijd kan doorgegeven worden zonder het vertrouwen van de patiënt te schenden. Hoe een patiënt met een vorige episode is omgegaan (tijd om te herstellen, werkverlet en emoties) is nuttig voor de kinesitherapeut om de behandeling en gele vlaggen correct te beoordelen (29).

Okwera et al. (2019) onderzochten het verwijsgedrag van huisartsen naar kinesitherapeuten voor osteoartrose aan de onderste ledematen. Men ging na hoe de huisartsen stonden tegenover de kinesitherapeutische behandeling van patiënten. Voor deze studie werden tien huisartsen geïnterviewd. Ze concludeerden dat er bij alle huisartsen een kennistekort was over de rol van kinesitherapie bij de behandeling van osteoartrose van het onderste lidmaat. Ook hier bleek de interprofessionele communicatie duidelijk tekort te schieten. De huisartsen zijn evenwel vragende partij om meer feedback te krijgen van de kinesitherapeuten.(30).

Breen et al. (2000) gebruikten een vragenlijst om de noden van communicatie tussen huisartsen en manuele therapeuten te identificeren. De vragenlijst werd door 309 huisartsen ingevuld. Tot de manueel therapeuten behoren alle disciplines die zich bezighouden met manuele therapie, waaronder kinesitherapeuten, osteopaten en chiropractors. De resultaten van de vragenlijst gaven aan dat vooral meer communicatie met de manuele therapeuten gewenst werd. De huisartsen willen graag een kort verslag ontvangen op het moment dat de patiënt zijn behandeling beëindigt. Hierbij wordt een samenvatting voorgesteld die de gegeven therapie of behandelingsmodaliteit vermeldt en verder advies geeft met de uiteindelijke verwachte resultaat na de behandeling. Sommigen stelden voor om nog verder te gaan en kregen graag een initieel rapport na de eerste aanmelding bij de kinesitherapeut. Ten slotte bleek ook dat huisartsen liever samenwerken met kinesitherapeuten dan met andere manuele therapeuten. Huisartsen merken dat osteopaten en chiropractors vaak behandelingen voorstellen die niet wetenschappelijk gevalideerd zijn en daardoor verwarrend en onlogisch kunnen overkomen (31).

2.3 Discussie en conclusie literatuuronderzoek

Verscheidene onderzoeken naar de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut werden reeds gevoerd. Als consensus in de literatuur komt naar voor dat een betere communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten wenselijk is en dat er tot nu nog weinig substantiële verandering teweeg gebracht werd.

In het voorschrift voor de terugbetaling van kinesitherapeutische zorg staan rubrieken die voor de kinesitherapeut beperkend kunnen zijn, zoals de rubrieken frequentie en behandelingsmodaliteit. Daarnaast ontbreken een aantal rubrieken die volgens voorgaand onderzoek de kwaliteit van de kinesitherapeutische behandeling kunnen verbeteren. Huisartsen geven over het algemeen, volgens voorgaand onderzoek te weinig en onvoldoende relevante informatie met de patiënt mee bij doorverwijzing. Daarnaast stellen huisartsen vast weinig tot geen feedback te ontvangen van de kinesitherapeuten over de doorverwezen patiënten. Hierbij missen huisartsen de beoordeling van de klachten door de kinesitherapeut, de uiteindelijk toegepaste behandeling alsook de gemaakte progressie bij de patiënt. Volgens de literatuur werd de opvolging van patiënten hierdoor bemoeilijkt. Communicatie in beide richtingen is nochtans belangrijk om de kennis van huisartsen te verruimen, correctere en meer doelgerichte verwijzingen op te stellen naar de kinesitherapeut.

3 Methodologie

3.1 Inleiding methodologie

In dit onderzoek werd beoogd bij zowel huisartsen als kinesitherapeuten werkend in Vlaanderen, binnen de eerste lijn, te onderzoeken wat hun mening is omtrent het kinesitherapeutisch voorschrift en het elektronisch voorschrijven. Het onderzoek maakte gebruik van een mixed methods methodologie. Hierbij werd kwalitatief onderzoek gedaan aan de hand van panelgesprekken. Daarnaast werden vragenlijsten opgesteld om kwantitatief onderzoek uit te voeren.

Om de vragenlijsten op te stellen werd in de literatuur onderzocht wat reeds gekend en bevraagd werd. Deze vragenlijsten werden gecontroleerd op validiteit en betrouwbaarheid.

De validiteit van de vragenlijsten werd in dit onderzoek gecontroleerd en bevestigd door middel van drie expertenpanels. Vervolgens werd op een kwalitatieve wijze onderzocht of de gestelde vragen effectief een antwoord kunnen bieden op de onderzoeksvragen.

De betrouwbaarheid van de vragenlijsten werd gecontroleerd en bevestigd door middel van een test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek. Dit is een methode waarbij een meting op exact dezelfde manier herhaald wordt en vervolgens nagegaan wordt in welke mate beide testresultaten overeenkomen.

De valide en betrouwbare vragenlijsten werden hierna gedeeld met een grotere groep huisartsen en kinesitherapeuten.

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van het UZ Gent. De deelnemers werden steeds geïnformeerd over het doel van de studie en wat verwacht werd. Nadien werd een informed consentformulier ondertekend (zie bijlage 3). De Privacy werd gegarandeerd door anonieme dataverwerking.

3.2 Validiteitsstudie

Wegens de COVID-19-pandemie werden voor alle expertenpanels online vergaderingen georganiseerd via Zoom en Microsoft Teams. De drie expertenpanels duurden telkens ongeveer 60 minuten.
Een voordeel van deze kwalitatieve benadering was een uitgebreide gedachtenwisseling over de visies van de twee onderzochte beroepsgroepen. Daarna werd dieper ingegaan op de vragenlijsten en aanpassingen gemaakt door bijvoorbeeld minder relevante vragen te schrappen.

3.2.1 Expertenpanel kinesitherapeuten

Het eerste expertenpanel werd georganiseerd met een groep van vijf kinesitherapeuten.
De geselecteerde kinesitherapeuten waren ‘experten’ door hun leidinggevende functie bij Axxon of door verbonden te zijn aan één van de Vlaamse universiteiten of door hun jarenlange ervaring in de klinische praktijk.
Eerst werd de vragenlijst voor kinesitherapeuten overlopen en aangepast om gerichte, correcte en relevante vragen te kunnen stellen bij de verspreiding nadien.

Daarna werd dieper ingegaan op bezorgdheden en wensen van kinesitherapeuten in verband met elektronische verwijzing naar de kinesitherapeut.

Ten slotte werden knelpunten besproken die deze evolutie zouden bemoeilijken.

3.2.2 Expertenpanel huisartsen

Het tweede expertenpanel werd georganiseerd met een groep van vijf huisartsen.

De geselecteerde huisartsen waren ‘experten’ door hun verbondenheid met Domus Medica, Vlaamse universiteit of hun actuele (of semi-recente) leidinggevende functie als voorzitter van een wachtpost in Vlaanderen of hun jarenlange ervaring in de klinische praktijk. De vragenlijst voor de huisartsen werd tijdens dit panel kritisch bekeken, consensus werd gezocht onder de ‘experten’ en aanpassingen werden doorgevoerd.
Gelijkaardig aan het eerste panel werd uitgebreid gediscuteerd en van gedachten gewisseld over elektronisch verwijzen naar de kinesitherapeut.

3.2.3 Expertenpanel kinesitherapeuten en huisartsen

Het derde expertenpanel werd georganiseerd met zowel drie ‘expert’-huisartsen als drie ‘expert’-kinesitherapeuten. Als moderator werd Doctor Katrien Thorré, directeur van Recip-e, gekozen.

Doctor Katrien Thorré is expert door haar samenwerking met de overheid en zich momenteel ook focust op het digitaliseren van het kinesitherapeutisch voorschrift

Uit de voorgaande panels werden tien stellingen voorgelegd en bediscuteerd met de experten.

3.2.4 Test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek

Een test-hertest methode werd gebruikt om de betrouwbaarheid van de vragenlijst na te gaan. Deze methode bleek reeds effectief voor het nagaan van betrouwbaarheid in enquêtes met een likertschaal (32).

Hiervoor werd een groep van twintig huisartsen en 21 kinesitherapeuten gevraagd om de vragenlijsten in te vullen met een week interval (bijlage 6). De participanten voor de huisartsen-enquête werden geselecteerd uit de huisartsenkring (HAK) Middenkust en HAK Antwerpen Zuid. Voor de kinesitherapeuten-enquête werden de lokale verenigingen voor kinesitherapeuten aangesproken. De e-mailadressen van de deelnemers werden verzameld in de online survey-tool REDCap. In REDCap werden door middel van een geplande uitnodiging alle deelnemers op hetzelfde moment uitgenodigd. Een week na het invullen werd de link voor het tweede invulmoment automatisch verstuurd. REDCap linkte zelf de resultaten van de afnamemomenten zonder dat de onderzoekers de data konden koppelen met de participant (cfr. gepseudonimiseerde data). Respondenten werden na twee dagen automatisch herinnerd indien ze de vragenlijst nog niet gestart hadden (33).

Per vraag werd nagegaan in welke mate de participanten op beide afnamemomenten gelijke antwoorden gaven. Bij een nominale variabele werd de mate van overeenkomst nagegaan door de Cohen’s kappacoëfficiënt te berekenen. Een nominale variabele is een variabele waar geen rangschikking mogelijk is, elke waarde is evenwaardig (bv. groen – blauw – rood). De Cohen’s kappa corrigeert voor toevallige overeenkomst (34,35).

Bij een ordinale variabele werd een gewogen kappa berekend. Een ordinale variabele is een variabele met een intrinsieke ordening (bv. 1 – 0,75 – 0,5 – 0,25 – 0). Bij een gewogen kappa wordt ook rekening gehouden met de rangschikking. Een meting die sterker afwijkt van een eerder resultaat zal resulteren in een zwakkere graad van overeenkomst. Een afwijkende meting dicht bij het vorige resultaat zal de mate van overeenkomst minder negatief beïnvloeden (35).

Voor de statistische verwerking van de data werd gebruik gemaakt van het softwarepakket SPSS 28.0 (36). De meeste vragen in deze vragenlijst werden opgesteld aan de hand van een likertschaal. Doordat in de gebruikte likertschaal geen gelijke rangorde kan beschreven worden (het verschil tussen [‘neutraal’ en ’akkoord’], [‘akkoord’ en ’helemaal akkoord’] kan niet als gelijk beschouwd worden), moeten deze antwoordmogelijkheden beschouwd worden als een nominale variabele.

De mate van betrouwbaarheid wordt binnen deze studie geïnterpreteerd door de classificatie uit de studie van Landis en Koch (1977) (34). Deze classificatie kan teruggevonden worden in **tabel 1**.

Kappawaarde	Interpretatie betrouwbaarheid
< 0.00	Slecht
0.00-0.20	Gering
0.21-0.40	Matig
0.41-0.60	Goed
0.61-0.80	Zeer goed
>0.80	Uitstekend

Tabel 1. Classificatie van de Cohens kappacoëficiënt volgens Landis en Koch (1977) (34).

De kappacoëfficiënt kan een waarde aannemen van - 1 tot +1. Over het algemeen zal de kappa een waarde tussen 0 en +1 aannemen. Een kappacoëfficiënt van 1 toont perfecte overeenkomst. Een kappawaarde van 0 toont dat er evenveel overeenkomst wordt bereikt als door toeval zou verwacht worden. Een negatieve kappawaarde toont dat er minder overeenkomst is dan men door toeval zou verwachten (37–39).

3.3 Enquête huisartsen en kinesitherapeuten

Studiegegevens werden verzameld en beheerd met behulp van elektronische dataverzameling van REDCap die wordt ondersteund door UZ Gent (33). De datacollectie werd gestart op 21/02/2022 en werd na één maand beëindigd op 20/03/2022.

Er werd rekening gehouden met de aanbevelingen van prof. Martha et al. (2012) om de responsrate op de vragenlijst te verhogen. Dit werd bekomen door een eenvoudige link te creëren die gemakkelijk over te nemen was door de deelnemers. Daarnaast kon de link ook via een QR-code worden geopend waardoor de deelnemer eenvoudig op een smartphone de vragenlijst kon invullen. Collega's huisartsen en kinesitherapeuten met een welbepaalde autoriteit werden gevraagd om te helpen de vragenlijst te verspreiden. Ten slotte werd na de test-hertest de vragenlijst geherevalueerd aan de hand van de opmerkingen. De volgorde van de lijst werd aangepast zodat invullers vlot naar het einde van de vragenlijst werden begeleid, onduidelijke vragen werden geschrapt (40).

De kandidaten werden geselecteerd aan de hand van de volgende inclusiecriteria: respectievelijk huisartsen en kinesitherapeuten werkend binnen de eerste lijn in Vlaanderen. Om voldoende participanten te bereiken werd de steekproef niet genomen door individuele hulpverleners aan te spreken maar door de link naar REDCap online te verspreiden met behulp van de beroepsverenigingen (Axxon en Domus Medica). Deze konden hun leden bereiken via e-mail en nieuwsbrieven. Er werden participanten uitgenodigd via de lokale kinesitherapeutische kringen. De vragenlijst van de huisartsen werd ook verspreid via het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding). Daarnaast werd ook een flyer of folder ontworpen met de QR-code die naar de vragenlijst verwijst en opgehangen op strategische plaatsen in de wachtpost.

Daarnaast werd een controlevraag opgenomen in de vragenlijst (wegens de verspreiding via de sociale media van de beroepsvereniging). De vraag luidde: "duid antwoord D aan". Participanten die antwoorden met onvoldoende aandacht en onvoldoende betrouwbare antwoorden geven, konden eruit gefilterd worden.

Bepaalde thema's in de antwoorden op de open vraag kwamen vaak terug. Deze konden worden onderverdeeld in verschillende categorieën door ze open, selectief en axiaal te coderen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van Microsoft Office Excel 2020.

4 Resultaten

4.1 Validiteitsstudie

Tijdens de expertenpanels met huisartsen en kinesitherapeuten werd nagegaan wat hun visie is op het kinesitherapeutisch voorschrift.

Hieronder worden de belangrijkste bezorgdheden, wensen en uitspraken van de expertenpanels samengevat.

<u>Bezorgdheden die bij kinesitherapeuten naar voor kwamen:</u>

- Artsen krijgen te weinig specifieke opleiding i.v.m. de behandelingsmodaliteit die ze voorschrijven.
- Extra info best niet via het voorschrift delen omdat de mutualiteit dit ook ontvangt.
- Het wordt moeilijker om flexibel om te springen met de startdatum van behandeling en behandelingsregio indien meer elektronisch bijgehouden wordt.

<u>Kinesitherapeuten wensen:</u>

- Meer specifiek diagnoses op het kinesitherapeutisch voorschrift.
- Meer communicatie met de huisarts.
- Vaker het protocol van de beeldvorming te kunnen consulteren.
- Meer info over de rode vlaggen voor behandeling.
- Meer autonomie bij het bepalen van de behandelingsmodaliteit.

<u>Enkele uitspraken van kinesitherapeuten werden genuanceerd:</u>

- Veel huisartsen willen geen extra info delen met de kinesitherapeut.
- GDPR-gewijs is info delen niet mogelijk.
- Verandering in de communicatie verwachten is wishful thinking.

<u>Huisartsen merken:</u>

- Veel communicatie via de patiënt.
- Weinig communicatie met de kinesitherapeut.
- Dat patiënten verhalen vertellen over behandelingen die uitgevoerd worden die het vertrouwen in de kinesitherapie niet ten goede komen.
- De kennis van kinesitherapie is vaak ondermaats bij de huisarts.

<u>Huisartsen willen:</u>

- Meer informatie delen (zoals nu al naar specialist gebeurt).
- Kunnen inschatten of een patiënt reeds gestart is met kinesitherapie (zonder het te moeten navragen).
- Meer feedback van de kinesitherapeut.
- Verslag welke behandelingsmodaliteit toegepast werd of wordt.
- Dat kinesitherapeuten beter met de huisarts overleggen indien ze een therapievoorstel hebben. Dit is te verkiezen boven communicatie via de patiënt.
- Automatisch verslag van de kinesitherapeutische behandeling in het elektronisch patiëntendossier (EPD).

Enkele markante uitspraken van huisartsen:

- “Het bewijs van te weinig communicatie is dat ik dit nu op het einde van mijn carrière moet vernemen dat ik beter geen massage op het voorschrift schrijf.”
- “Ik moet toegeven dat ik nog niet wist dat de kinesitherapeut zich moet houden aan de voorgeschreven behandelingsmodaliteit.”

Gezamenlijke standpunten:

- Niet de bedoeling om de administratieve last voor de kinesitherapeut te verhogen.
- Communicatie enkel via de patiënt is te vermijden.
- Het elektronisch patiëntendossier kan een meerwaarde betekenen in de communicatie.
- Vergoeding voor communicatie lijkt geen meerwaarde.
- Kinesitherapeuten mogen via Siilo (beveiligde applicatie) de huisarts contacteren.

Markante uitspraken tijdens het gezamenlijk panelgesprek:

- “Dit is de eerste keer na 40 jaar huisartsgeneeskunde dat ik hoor spreken over nociplastische pijn.”

4.2 Test-hertest betrouwbaarheidsonderzoek

Tijdens de tweede stap van het onderzoek werd de betrouwbaarheid nagegaan door de kappawaarde van de twee invulmomenten te berekenen. In **bijlage 6** staan de kappawaarden opgelijst voor respectievelijk de test-hertest van de vragenlijst huisartsen en kinesitherapeuten. Beide groepen tonen over het algemeen een matige tot goede graad van overeenkomst tussen beide metingen. De kappawaarde kon niet steeds berekend worden aangezien SPSS de antwoorden in dertien gevallen als constante beoordeelde. Indien de waarde als constante geobjectiveerd werd in bijlage 6, werd een “-” als waarde toegekend. Van de waardes die wel berekend werden, behoorden 31 van de 37 vragen binnen de categorie “matig” tot “uitstekend” bij de kinesitherapeuten. Bij de huisartsen maken 32 van de 39 vragen hier deel van uit.

Bij de kinesitherapeuten werd een gemiddelde kappawaarde van 0,41 (standaarddeviatie 0,21) bekomen. Bij de huisartsen werd een gemiddelde kappawaarde van 0,38 (standaarddeviatie 0,26) gevonden. Indien een gewogen kappa werd berekend werd een betrouwbaarheidsinterval weergegeven in de bijlage.

4.3 Enquête huisartsen en kinesitherapeuten

De uiteindelijke vragenlijst werd verspreid onder huisartsen en kinesitherapeuten.

Eerst werden alle “missing data” uit de dataset gefilterd. Dit waren bij de kinesitherapeuten 48 (11 procent) invullers in totaal, bij de huisartsen waren dit acht (8 procent) personen. Dit ging bijna steeds over deelnemers die enkel het geïnformeerde toestemmingsformulier goedkeurden maar geen antwoorden aangeduid hebben.

Er waren vier participanten die de controlevraag fout invulden. Bij deze participanten kan verondersteld worden dat ze andere vragen ook minder aandachtig invulden waardoor deze data ook uit de dataset genomen werden.

Tijdens een periode van 21/02/2022 tot en met 20/03/2022 vulde een groep van 377 kinesitherapeuten de volledige vragenlijst in. Dit is 88 procent van alle kinesitherapeuten die de link naar de vragenlijst volgden. De vragenlijst werd door 90 (92 procent) huisartsen volledig ingevuld. De demografische gegevens van de steekproef worden weergegeven in **tabel 2**. Hoe groot de participatiegraad precies is, is ongekend. Dit doordat de link naar de vragenlijst online wijd verspreid is geraakt onder de verschillende lokale en overkoepelende beroepsverenigingen. Indien dit aantal geprojecteerd wordt op het totaal aantal leden van Axxon in 2018: 4685 kinesitherapeuten, bevat de steekproef 9,2 procent van deze populatie

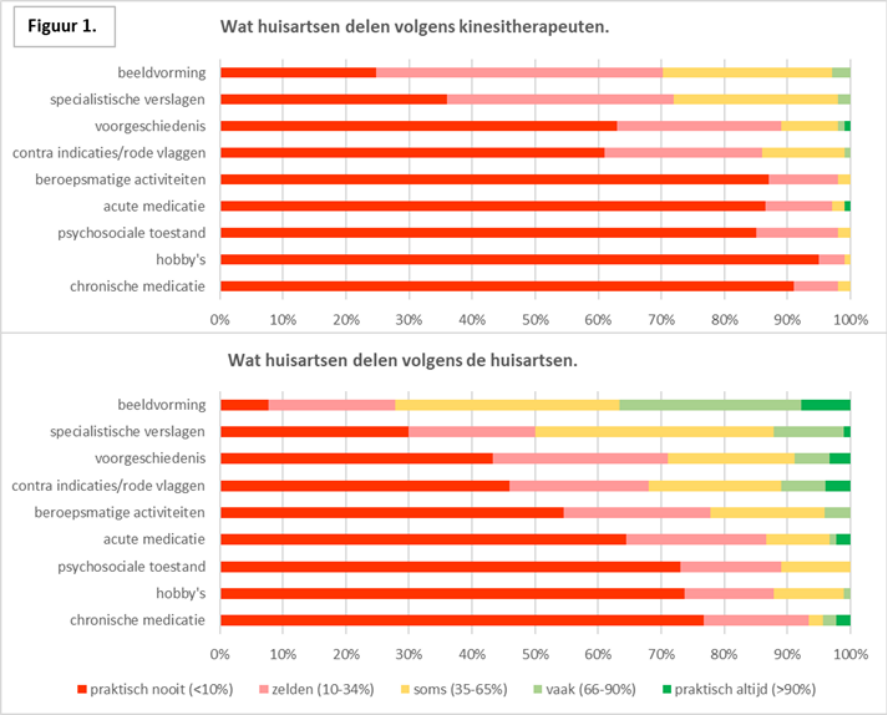
kinesitherapeuten (10,41). Van de totale populatie kinesitherapeuten in Vlaanderen 13.008 is ongeveer 3 procent vertegenwoordigd in de steekproef (42).

		Aantal HA	% HA	Aantal KT	% KT
	totaal	90		377	
Werk ervaring	0-3 jaar	33	36,3%	32	8,5%
	4-10 jaar	29	30,8%	121	32,1%
	11-20 jaar	7	7,7%	75	19,9%
	21-30 jaar	10	11,0%	69	18,3%
	31-40 jaar	8	8,8%	67	17,8%
	>40	4	4,4%	13	3,4%
Geslacht	Man	35	38,5%	141	37,4%
	Vrouw	54	59,3%	236	62,6%
Multidisciplinair	Ja, voltijds	0	0%	12	3,2%
	Ja, halftijds	4	4,4%	19	5,0%
	Neen	86	94,5%	346	91,8%

Tabel 2. Demografische gegevens steekproef. HA staat voor huisartsen. KT staat voor kinesitherapeuten.

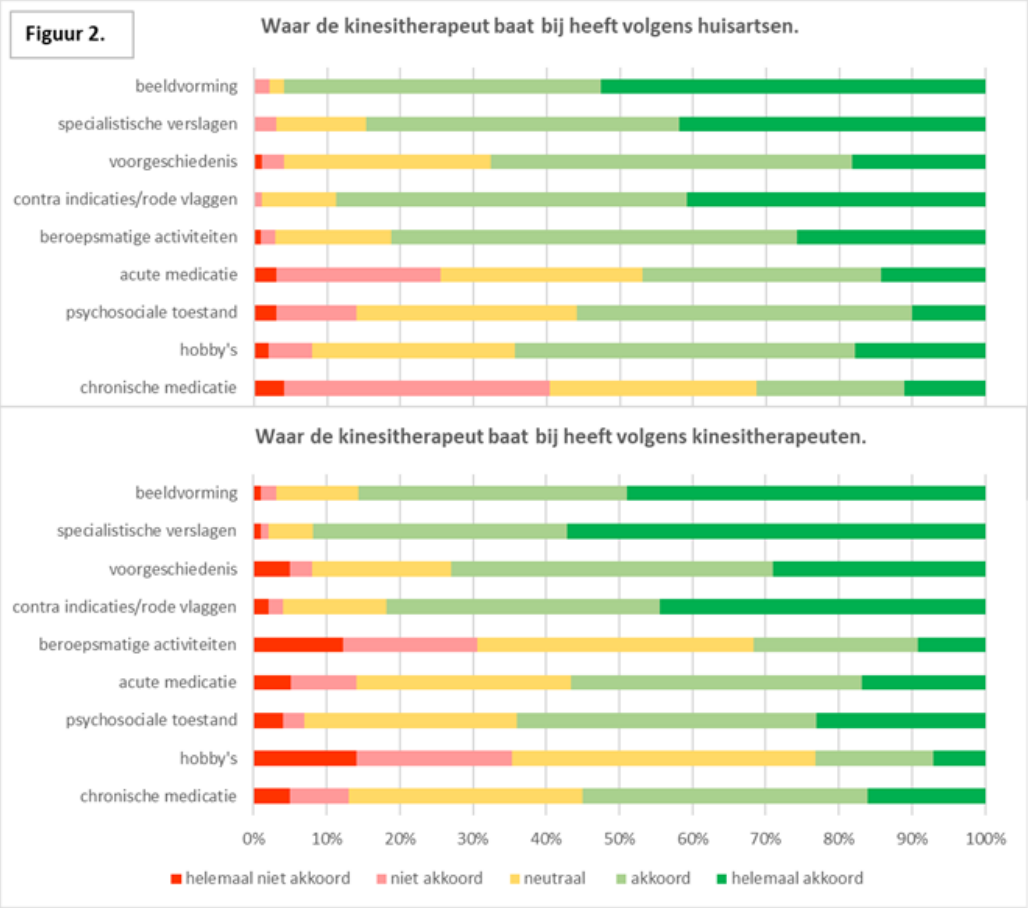
In het eerste deel van de vragenlijst werd nagevraagd welke informatie gedeeld wordt en hoe vaak dit gebeurt. Zoals uit **figuur 1** op te maken is, zijn huisartsen en kinesitherapeuten het erover eens wat de huisarts meest en minst deelt. Hierbij komt duidelijk naar voor dat specialistische verslagen en beeldvorming het meest gedeeld worden. Over het algemeen wordt weinig medische informatie door de huisarts meegegeven. Qua frequentie geven de huisartsen aan iets meer informatie te delen dan de kinesitherapeut aangeeft te ontvangen.

Figuur 1.

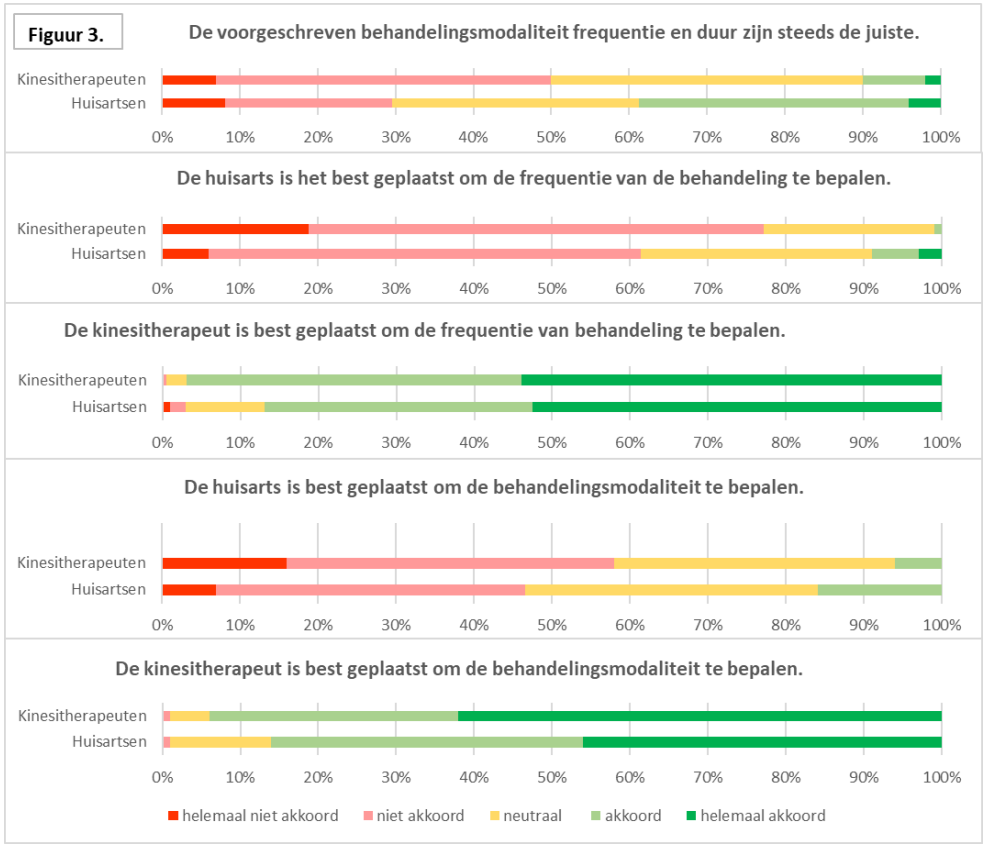


Na de peiling naar welke informatie met de kinesitherapeut gedeeld wordt, werd de vraag gesteld welke informatie als relevant geacht wordt voor de kinesitherapeut **(Figuur 2)**.

De vergelijking van de resultaten toont dat beide beroepsgroepen aangeven dat de kinesitherapeut baat heeft bij meer informatie. Huisartsen lijken meer belang te hechten dan kinesitherapeuten aan de dagdagelijkse bezigheden van de patiënt, zoals beroep en hobby's. Kinesitherapeuten daarentegen geven vaker aan baat te hebben bij het kennen van de medicatie, in het bijzonder de chronische medicatie.

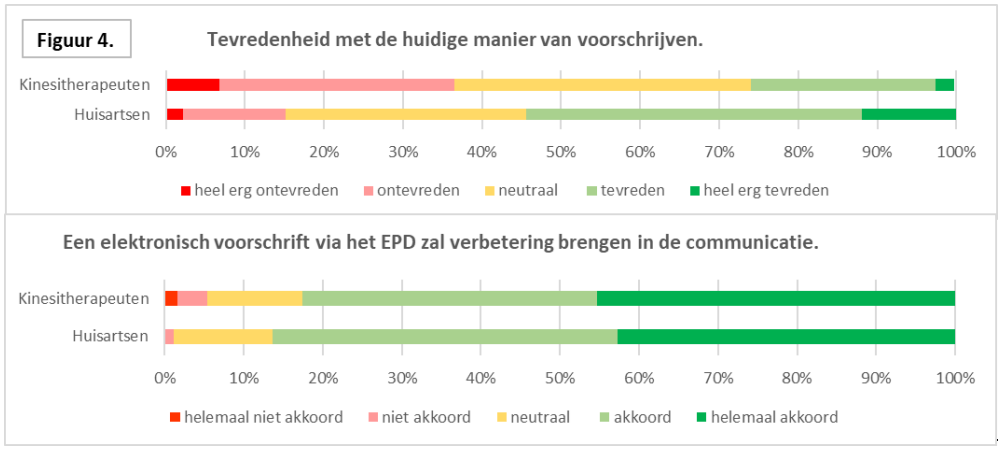


In het tweede deel van de vragenlijst werd dieper ingegaan op de behandelingsmodaliteit en frequentie. Uit **figuur 3** blijkt dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten aangeven dat de kinesitherapeut het best geplaatst is om de behandelingsmodaliteit en frequentie van de behandeling te bepalen. Ongeveer de helft van de kinesitherapeuten geeft aan twijfels te hebben in verband met de door de huisarts voorgeschreven behandelingsmodaliteit en frequentie. Huisartsen geven vaker aan te denken de juiste behandelingsmodaliteit voor te schrijven.



Uit **figuur 4** blijkt dat kinesitherapeuten frequenter aangeven ontevreden te zijn over de huidige manier van voorschrijven in vergelijking met huisartsen.

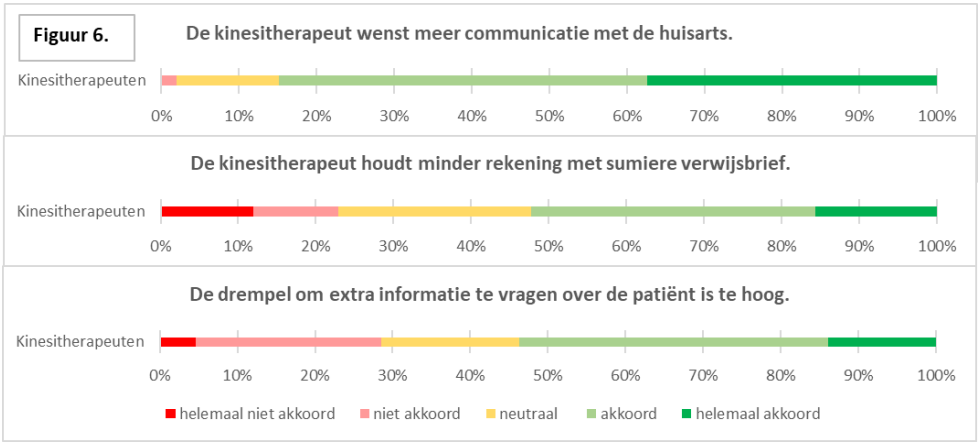
De resultaten tonen aan dat in beide beroepsgroepen ongeveer 85 procent van de respondenten het voorschrift via het elektronisch patiëntendossier als een belangrijke stap ziet om de communicatie te verbeteren.

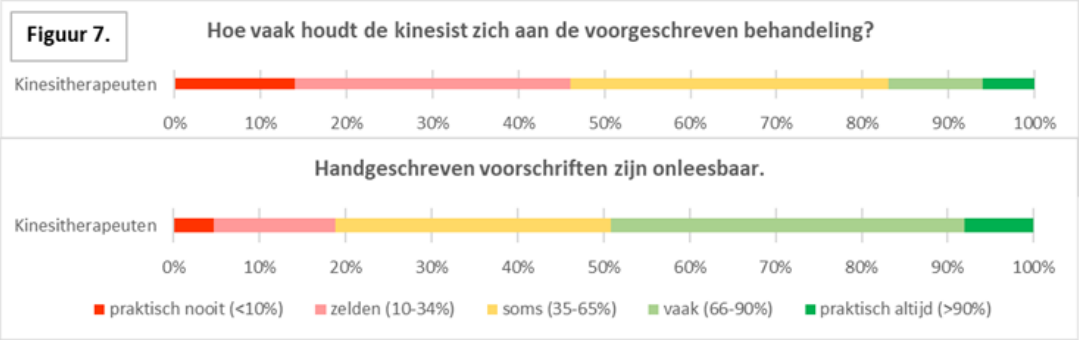


Uit **figuur 5** blijkt dat de huisarts vindt dat een uitgebreidere verwijsbrief zorgt voor een gerichtere behandeling. De meningen van de huisartsen zijn verdeeld over het feit of een uitgebreidere verwijsbrief ook te veel tijd kost. Dat de huisarts vindt dat er te weinig gecommuniceerd (zowel direct als indirect) wordt, komt duidelijk naar voor uit de antwoorden. Slechts tien procent van de huisartsen geeft aan maandelijks of vaker gecontacteerd te worden over wijzigingen op het voorschrift. Ongeveer 75 procent van de huisartsen geeft aan halfjaarlijks of minder gecontacteerd te worden door de kinesitherapeut om meer informatie te vragen over de patiënt. Slechts één op vijf huisartsen wenst niet gecontacteerd te worden indien de kinesitherapeut het therapieplan aanpast.

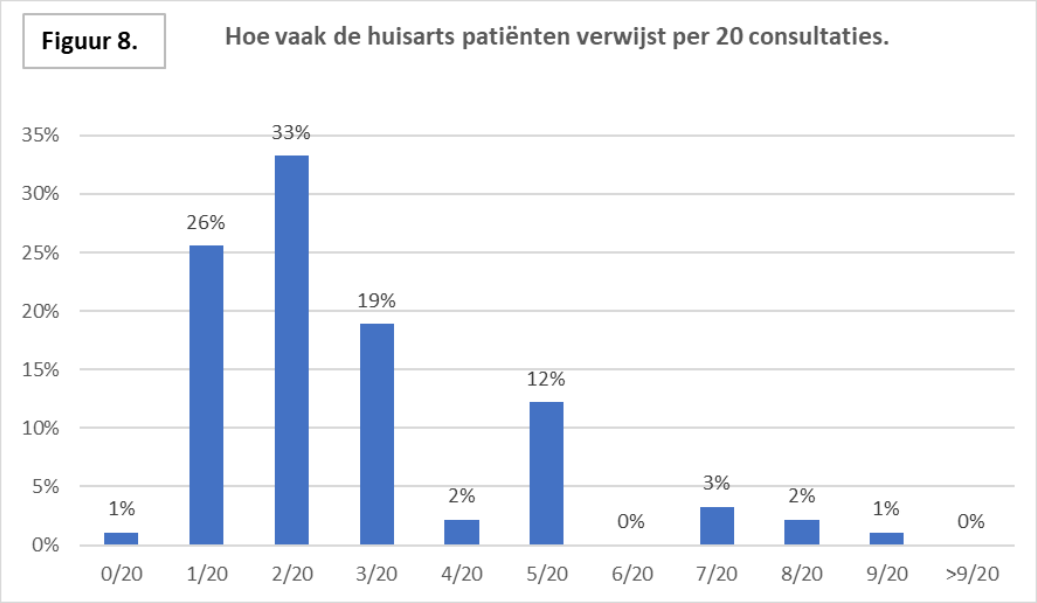


In **figuur 6** en **figuur 7** worden de specifieke vragen voor de kinesitherapeuten weergegeven. Wat opvallend is, is dat ongeveer 85 procent van de kinesitherapeuten aangeeft meer wenst te communiceren met de huisarts. Iets meer dan de helft van de kinesitherapeuten vindt de drempel te hoog om meer informatie te vragen aan de huisarts in verband met de pathologie. Ongeveer 45 procent van de kinesitherapeuten houdt zich “zelden” of “praktisch nooit” aan de voorgeschreven behandelingsmodaliteit.





Aan de huisartsen werd gevraagd om stil te staan bij hoeveel patiënten doorverwezen worden naar de kinesitherapeut **(figuur 8)**. Het geschatte aantal werd weergegeven per twintig patiënten die de huisarts komen consulteren. De modus lag op 2/20 verwijzingen naar een kinesitherapeut (33 procent van de antwoorden). Gemiddeld schatten huisartsen 2,7 patiënten per twintig consultaties naar de kinesitherapeut te verwijzen.



4.3.1 Open vraag kinesitherapeuten

De open vraag in de vragenlijst aan de kinesitherapeuten waarin gevraagd werd naar bemerkingen en suggesties voor communicatie bij verwijzing werd door 79 kinesitherapeuten beantwoord. Er werden elf thema's gevonden waarin alle antwoorden konden worden onderverdeeld.

Er waren vijf antwoorden die te maken hadden met respect voor het beroep kinesitherapie. Kinesitherapeuten voelen zich niet steeds gewaardeerd in hun competenties. Dit in die mate dat sommige kinesitherapeuten geen weg naar verbetering meer zien op vlak van communicatie. Een tweede belangrijk thema dat naar voor komt is dat kinesitherapeuten vragen voor meer autonomie (negen antwoorden). Op vlak van behandeling geven verschillenden kinesitherapeuten aan dat de keuze van therapie volledig in handen moet zijn van de kinesitherapeut. Sommigen gaan hier ver in en pleiten voor directe toegang tot kinesitherapie (tien antwoorden). Als argumenten halen ze aan dat de huisarts vaak verkeerde diagnoses op het voorschrift vermeldt en dat de kinesitherapeut best weet wat de meest recente op evidentie gebaseerde behandeling is. Daarnaast gaven zeventien kinesitherapeuten aan dat ze meer inzage willen in verslagen van radiologen en specialisten. Sommigen gingen hierin nog een stap verder en vragen naar rechtstreekse inzage in het volledige medische dossier van de patiënt. Vaak komt het terug dat kinesitherapeuten het gevoel hebben de huisarts "lastig te vallen" door extra informatie te vragen.

Zes kinesitherapeuten wilden hier melden dat de huisarts als centrale zorgverlener niet de meest bereikbare is. Huisartsen verkiezen elk hun eigen communicatiemedium en tegenwoordig is er te veel keuze. Telefoons naar huisartsen worden vaak afgeschermd door een secretariaat. Eén respondent gaf aan dat arts-specialisten gemakkelijker te bereiken zijn dan huisartsen. Er waren acht kinesitherapeuten die suggesties aanreikten om communicatie met huisartsen te verbeteren. Hieronder wordt vaak een beveiligde chat genoemd zoals Siilo (te vergelijken met whatsapp met meer aandacht voor beveiliging bij het delen van gevoelige informatie). Daarnaast werd ook voorgesteld een directe telefoonlijn te krijgen met de huisarts. Ten slotte kwam ook het voorstel om jaarlijks een bijeenkomst te houden om elkaar te leren kennen of een bezoek van de huisarts aan de kinesitherapiepraktijk.

Niet alle kinesitherapeuten staan te springen voor digitalisering van het voorschrift. Zo waren er vijf kinesitherapeuten die hun angst voor digitalisering uitspraken. De meeste gingen over de administratieve last die het bijhouden van gegevens en verslagen teweeg zou brengen. Eén enkele vermoedde dat door een verwijsbrief elektronisch te versturen, de patiënt zijn keuze van zorgverlener zou beperken. Twee participanten wilden uitdrukkelijk aangeven dat door elektronische communicatie via het voorschrift veel korter op de bal gespeeld wordt en de communicatie in beide richtingen geopend kan worden. Ook waren er zes kinesitherapeuten die hun appreciatie wilden uiten en de relevantie van deze studie wilden benadrukken. Ten slotte kwamen nog enkele relevante suggesties aan bod die niet eerder bevraagd werden met de vragenlijst. Verschillende kinesitherapeuten stelden voor dat de huisarts op het voorschrift vermeldt op welke manier deze gecontacteerd wenst te worden. Daarnaast vinden kinesitherapeuten het belangrijk dat huisartsen een specifiekere diagnose op het voorschrift vermelden met als voorbeelden nu vaak “lumbalgie” of “cervicalgie”, wat niet meer betekent dan rugpijn en nekpijn. Kinesitherapeuten geven ook aan dat een vermelding van bevindingen uit anamnese en klinisch onderzoek nuttig kunnen zijn voor de kinesitherapeut.

4.3.2 Open vraag huisartsen

26 huisartsen kwamen met bedenkingen en suggesties na het invullen van de vragenlijst. Ook deze werden gecategoriseerd volgens thema.

Drie huisartsen pleiten in hun reactie voor een uitgebreide verwijsbrief met extra informatie over de toestand van de patiënt. Eén ervan vergelijkt deze verwijzing met de verwijsbrief die men naar de specialist stuurt.

In het thema dat het meest voorkwam (negen reacties) gaven huisartsen aan dat de communicatie met de kinesitherapeuten kan verbeteren en het elektronisch dossier een goede oplossing kan bieden. Dit gebeurt reeds voor de geneesmiddelenvoorschriften. Doordat het voorschrift kan geactiveerd worden na inlezen van de identiteitskaart, blijft de keuze van zorgverlener (kinesitherapeut) bij de patiënt. Een ander voordeel aan een digitaal voorschrift is dat eenvoudig bijlagen kunnen worden gekoppeld. De sumehr (dit is een samenvatting van het globaal medisch dossier) zou toegankelijk kunnen zijn voor de kinesitherapeut (er wordt via de e-ID een therapeutische relatie gemaakt). Enkele huisartsen vragen ook naar een chatfunctie om snel in contact te kunnen treden met de kinesitherapeut. Buiten het efficiënt communiceren met de patiënt kan het elektronisch voorschrift ook zorgen voor snellere en meer gecontroleerde terugbetaling van kinesitherapie door de mutualiteit (de huisarts kan gemakkelijk zien hoeveel beurten de patiënt nog heeft aan de hoogste terugbetaling).

De weinige reacties tegen digitaliseren van het voorschrift kinesitherapie (twee reacties) kwamen van huisartsen die zich zorgen maken over meer administratieve overlast, meer verplichte in te vullen velden, waardoor communicatie opnieuw minder efficiënt verloopt.

Drie huisartsen gaven aan dat frequentie en behandelingsmodaliteit de expertise zijn van de kinesitherapeut. Huisartsen zouden zich moeten houden bij de “diagnose” en “factoren die het herstel kunnen beïnvloeden” te vermelden op het voorschrift. Drie andere huisartsen lieten weten dat hun kennis over kinesitherapeutische behandeling tekort schiet. Dit maakt het moeilijker om een gerichte verwijzing te doen. Huisartsen zouden meer kennis moeten hebben over de behandelingen en wat de indicaties zijn. Meer kennis bij de huisartsen zou de samenwerking met de kinesitherapeuten alleen maar kunnen bevorderen.

Ten slotte blijkt een groot deel van de huisartsen ook feedback via een kort verslag te willen ontvangen. Wederzijdse communicatie zou kunnen helpen om te weten welke behandeling de patiënt kreeg en wat werkte. Een huisarts liet weten dat de kinesitherapeut ook door het uitgebreide patiëntencontact zaken aan het licht kunnen komen op vlak van werk, hobby’s en psychosociale factoren. Door deze te vermelden kan de huisarts ook helpen het herstel te bevorderen met ergonomische tips en dergelijke.

5 Discussie

5.1 Expertenpanel

Tijdens de eerste twee expertenpanels werd met meer wantrouwen gesproken ten opzichte van de andere beroepsgroep. Toen beide beroepsgroepen samen werden gebracht was er meer eensgezindheid. Tijdens dit derde gesprek werd begrip getoond voor de situatie van de andere zorgverlener. We waren onder de indruk over de vlotheid waarmee een gezamenlijke visie, beiden als zorgverlener in de eerste lijn, gevormd werd tijdens dit gesprek. Dit werd reeds beschreven in voorgaand onderzoek van Potoms (2014). Hierin bleek dat een rondetafelgesprek de drempel voor communicatie verlaagt (43).

De kinesitherapeuten en huisartsen merkten in afzonderlijke sessies op dat de huisarts over het algemeen onvoldoende kennis en opleiding in verband met kinesitherapie bezit. Deze vaststelling wordt ondersteund door de studies van Levrau (2018) en deze van Okwera et al. (2019) (11,44). Domus Medica zette hier reeds op in door twee LOK-sessies te ontwikkelen die ervoor zorgen dat de kennis van huisartsen vergroot (27,28). Het lijkt erop dat hiermee nog niet alle huisartsen werden bereikt.

De kinesitherapeuten en huisartsen wensen meer onderlinge communicatie. Dit communicatie deficit werd reeds opgemerkt door Clemence et al. (2003) en de studie van Okwera et al. (2019) (12,44). In de thesis van Schottey (2016) werd zelfs een reële ontevredenheid over de onderlinge communicatie opgemerkt (2).

De huisartsen willen meer feedback van de kinesitherapeut. Dat feedback belangrijk is en bijdraagt tot betere zorgverlening werd beschreven in de studie van Breen et al. (2000) alsook in de studie van Clemence et al. (2003) (12,31). Uit onderzoek van Scaffardi (1989) blijkt dat huisartsen aangaven meer feedback te willen krijgen (25).

Tijdens het gezamenlijk expertenpanel werd opgemerkt dat communicatie via het elektronisch patiënten dossier (EPD) veel problemen waar nu tegenaan gelopen wordt zou kunnen oplossen. De studie van Johanns (2014) geeft aan dat 86 procent van de respondenten vragende partij is naar elektronisch communiceren (1).

Een vergoeding voorzien om het communiceren aan te moedigen lijkt voor beide beroepsgroepen tijdens het gemeenschappelijk expertenpanel geen meerwaarde. In contrast hiermee komt in de studie van Schottey (2016) naar voor dat een gebrek aan vergoeding en tijd een barrière vormt voor de kinesitherapeut om een verslag op te stellen en door te sturen naar de huisarts (2).

5.2 Test-hertest betrouwbaarheidsstudie

Het doel van een betrouwbaarheidsstudie is nagaan of er “systematische” fluctuaties zijn in de antwoorden op sommige vragen bij herhaalde bevraging. Hierna kan gekeken worden naar de minder betrouwbaar scorende vragen en nagegaan worden of deze aangepast of weggelaten dienen te worden.

Een studie van Calzone et al. (2016) die via een test-hertest procedure een vragenlijst wou beoordelen op betrouwbaarheid kwam uit op een gemiddelde kappacoëfficiënt van 0,41 (interval 0,15-1,00). Als gelijkenis wordt opgemerkt dat vragen die heel duidelijk zijn en weinig denkwerk vergen (bijvoorbeeld bij een vraag naar geslacht) hoog scoren qua kappawaarde. In voorgaand onderzoek werd beschreven dat vragen die een likertschaal gebruiken bij de slechtst scorende vragen horen (45). Nochtans werd ook in voorgaand onderzoek aangetoond dat een vragenlijst die de likertschaal gebruikt betrouwbaar kan zijn (32).

Het onderzoek van Johansen (2020) onderzocht de betrouwbaarheid van een vragenlijst via een test-hertest methode. Specifiek werd gekeken of de keuze voor een kappacoeficiënt of intraclass correlation coëfficiënt (ICC) een verschil maakte. In dit onderzoek werd besloten dat de ICC betere waardes geeft (46).

Mogelijke verklaringen waardoor een participant op een tweede tijdstip een ander antwoord geeft op dezelfde vraag zijn:

- De vraag is onduidelijk. Door de expertenpanels konden onduidelijkheden in de vragen opgemerkt worden.
- Het verschil tussen de antwoordmogelijkheden is te klein waardoor een participant zonder echt van mening te veranderen, toch een ander antwoord geeft. Er is geen groot verschil tussen het antwoord “akkoord” en “helemaal akkoord”.
- De participant vulde de vragenlijst onder niet gestandaardiseerde omstandigheden in. Bijvoorbeeld: een kinesitherapeut of huisarts werd gestoord op één van de invulmomenten waardoor het moeilijker was om aandachtig te blijven.
- Er was sprake van een “leereffect” na de eerste maal invullen van de vragenlijst. Bijvoorbeeld: een kinesitherapeut wordt oplettender wat exact op het voorschrift staat gedurende deze week en zal hierdoor een ander “correcter” antwoord geven tijdens de tweede invulronde.

Prevalentie-paradox

In de literatuur werd reeds beschreven dat de kappawaarde onderhevig is aan prevalentie afhankelijkheid. Er wordt gesteld dat wanneer een antwoord veel prevalenter wordt aangeduid dan de andere mogelijkheden, een afwijkend antwoord bij hertest een grotere invloed heeft op de kappawaarde (47). Hiervoor werd een vraag met slechte kappawaarde en hoge prevalentie specifiek verder onderzocht.

Bij een ja-neevraag uit de vragenlijst kinesitherapeuten (kappa - 0,05) werd 40 keer “ja” aangeduid (negentien van de 21 kinesitherapeuten vulden tweemaal “ja” in). Om na te gaan of er prevalentie afhankelijkheid heerst werd een simulatie opgesteld. Bij vijf participanten die twee maal “ja” antwoordden, werden hun antwoorden gewijzigd naar twee maal “neen”. Deze wijziging zorgde voor een verbetering van de kappawaarde: - 0,05 naar 0,77. Dit bewijst dat deze vraag onderhevig is aan prevalentieafhankelijkheid.

Constante antwoorden

Bij dertien vragen werd de kappawaarde niet berekend door SPSS. Bij nazicht van de data werd opgemerkt dat dit fenomeen zich voordoet in drie scenario’s.

Als eerste wordt opgemerkt dat bij vijf vragen alle participanten exact hetzelfde antwoord gaven op beide invulmomenten. Als voorbeeld blijkt dat uit de bevraging naar het geslacht, in beide vragenlijsten geen afwijkingen waren tussen “moment 1” en “moment 2”. Een exacte overeenkomst bij test-hertest zou een perfecte kappawaarde moeten opleveren.

Een tweede scenario waarbij geen kappa wordt berekend (vijf vragen) is wanneer alle antwoorden exact hetzelfde zijn, uitgenomen één afwijking. Bij meer afwijkingen wordt de kappawaarde wel berekend. Mogelijks stelt SPSS dat er een bepaalde afwijking aanwezig moet zijn voor de berekening van de kappawaarde.

Ten slotte werden drie vragen gezien waarbij geen antwoorden van de deelnemers geregistreerd werden. Bij deze vragen werden deelnemers gevraagd een selectie te maken op welke manier ze een voorschrift sturen of ontvangen. Deze vragen kunnen gezien worden als ja-neevraag waarbij het niet aanduiden van een antwoord als “neen” kan worden beschouwd. Indien we dit antwoord aanduiden voor alle deelnemers wordt opnieuw een constante opgemerkt en kan geen kappa worden berekend zoals in voorgaande situaties.

Het feit dat bij vragen waarbij een zeer sterke overeenkomst wordt gezien tussen test en hertest geen kappa kan worden berekend, maakt dat gemiddeld gezien de kappawaarde lager scoort.

5.2.1 Bespreking kappawaarden test-hertest

Vragen met een kappawaarde minder dan of gelijk aan 0,20 (geringe tot slechte betrouwbaarheid) werden specifiek onderzocht en hieronder bij de huisartsen en kinesitherapeuten toegelicht.

Vragenlijst huisartsen

Bij de vragenlijst voor de huisartsen waren er zeven vragen waarbij de kappawaarde lager of gelijk was aan 0,20. Twintig huisartsen vulden de vragenlijst tweemaal in (elke vraag werd 40 keer beantwoord). Drie vragen gaan over wat de huisarts vermeldt op het voorschrift: voorgeschiedenis (kappa 0,12), chronische medicatie (kappa - 0,08) en psychosociale toestand (kappa - 0,01). Bij de vraag over de voorgeschiedenis wordt opgemerkt dat tijdens de tweede vragenronde vaker gekozen wordt voor opties die aangeven dat de huisarts de voorgeschiedenis meer deelt. Tijdens de tweede vragenronde heeft gemiddeld ongeveer de helft van de huisartsen een categorie van hogere frequentie aangeduid (antwoordmogelijkheden: praktisch nooit – zelden – soms – vaak – praktisch altijd). Dit verschil zou kunnen verklaard worden door het "leereffect". Dit effect wordt bereikt door oplettender te zijn gedurende de periode tussen beide invulmomenten waardoor de huisarts in dit geval merkt dat hij of zij toch meer voorgeschiedenis deelt dan men in eerste instantie dacht. Voorgeschiedenis is een algemene term die op de verschillende momenten anders geïnterpreteerd kan worden. Bij de vraag over de chronische medicatie en de vraag over de psychosociale toestand wordt een ander fenomeen opgemerkt. Tijdens de twee invulmomenten wordt respectievelijk 35 en 31 keer op 40 antwoorden "praktisch nooit" aangeduid. Respectievelijk vijftien en twaalf van de participanten duidt tweemaal "praktisch nooit" aan. Hieruit zou men kunnen afleiden dat er een goede graad van overeenstemming is. Toch werd een negatieve kappa berekend, wat aangeeft dat er minder gelijkenis is dan door het toeval mag worden verwacht. Ook hier is wellicht sprake van prevalentie afhankelijkheid bij de berekening van de kappacoëficiënt (47).

Twee vragen gaan over de relevantie van het delen van de hobby's (kappa - 0,22) en het beroep (kappa - 0,10) van de patiënt. Deze twee vragen hadden volgende antwoordmogelijkheden: "helemaal niet akkoord" – "niet akkoord" – "neutraal" – "akkoord" – "helemaal akkoord" – "geen mening". Bij deze vragen wordt respectievelijk 24 en 27 keer het antwoord "akkoord" aangeduid, dit op 40 antwoorden.

Met deze verdeling kan niet uitgegaan worden van prevalentie afhankelijkheid. Alhoewel het erop lijkt dat participanten niet exact hetzelfde antwoord herhalen bij hertest, wordt een gelijkaardig antwoordpatroon opgemerkt (de prevalentie van elke antwoordmogelijkheid blijft gelijk). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de opinie van de participant niet fundamenteel gewijzigd werd, maar dat de antwoordmogelijkheden dicht bij elkaar liggen waardoor gemakkelijk per ongeluk een aangrenzend antwoord werd aangeduid (een subtiel verschil tussen "akkoord" en "helemaal akkoord").

Ten slotte waren er nog twee gelijkaardige vragen (kappa 0,14 en -0,10) die peilen of er voldoende directe en indirecte communicatie is. Bij deze vragen is er een hoge prevalentie van de antwoordmogelijkheid "oneens", respectievelijk bij 32 en 29 keer van de 40 antwoorden. Dit doet opnieuw denken aan de negatieve invloed van de prevalentie afhankelijkheid van de kappawaarde.

Vragenlijst kinesitherapeuten

Bij de vragenlijst van de kinesitherapeuten zijn er zes vragen met een kappa lager dan 0,20. 21 kinesitherapeuten vulden de twee vragenlijst tweemaal in (elke vraag werd 42 keer beantwoord). Twee vragen bekijken welk soort voorschriften de kinesitherapeuten ontvangen, handgeschreven op een sjabloon (kappa - 0,05) en elektronisch afgedrukt (kappa 0,17). De eerste vraag werd reeds in de inleiding van deze sectie als voorbeeld besproken. Er is een duidelijke prevalentie afhankelijkheid bij deze twee vragen.

Twee vragen gaan over wie bij voorkeur is aangewezen om de frequentie van behandeling te bepalen (kappa 0,05 en 0,16). Bij de vraag of de kinesitherapeut het best geplaatst is de frequentie van behandeling

te bepalen, werden alle 42 antwoorden van test en hertest verdeeld tussen “akkoord” (twintig keer) en “helemaal akkoord” (22 keer). Ongeveer de helft van de participanten veranderde bij hertest zijn antwoord van “akkoord” naar “helemaal akkoord” of omgekeerd. Dit is een duidelijk voorbeeld waarbij de opinie van de groep niet verandert bij hertest maar de antwoordmogelijkheden dicht bij elkaar liggen.

Bij de vraag of de huisarts het best geplaatst is de frequentie van behandeling te bepalen, was in 30 van de 42 gevallen het antwoord “niet akkoord” aangeduid. Deze hoge prevalentie kan ervoor zorgen dat de kappawaarde lager scoort. De volgende vraag gaat over de info op het voorschrift (kappa 0,17). Acht van de 21 kinesitherapeuten vulden bij het tweede invulmoment hetzelfde antwoord in. Redenen waarop dit resultaat kan berusten zijn: kinesitherapeuten zijn wettelijk verplicht zich te houden aan het voorschrift. Er kan een sociaal wenselijk antwoord gegeven worden. De vraag is langer dan de andere vragen en kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Deze oorzaken kunnen bijdragen tot een lagere betrouwbaarheid.

De laatste vraag gaat over de baat van de contra-indicaties te vermelden op het voorschrift (kappa 0,20). Over dit onderwerp is veel discussie mogelijk. Contra-indicaties of rode vlaggen zijn algemene termen die voor verwarring kunnen zorgen en hierdoor de betrouwbaarheid van deze vraag verminderen.

5.2.2 Conclusie test-hertest onderzoek

Na grondige analyse van de vragen met minder goede kappawaarden werd beslist alle vragen in de vragenlijst te gebruiken.

Bij de analyse van de antwoorden van de uiteindelijke vragenlijst zal specifiek gekeken worden naar deze minder scorende vragen.

We merken op dat gelijkaardige vragen soms sterk verschillende kappawaardes kunnen hebben. Een mogelijke verklaring is dat dit deels komt door de prevalentie afhankelijkheid van de kappa. Een andere reden is dat de steekproef van de betrouwbaarheidsstudie te klein is. In de literatuur komt naar voor dat, in studies waar grote groepen gebruikt worden, de kappawaardes van gelijkaardige vragen nog dichter bij elkaar liggen (45,46).

5.3 Vragenlijsten

Een eerste doel van het huidige onderzoek was om te bepalen welke onderdelen een optimaal kinesitherapeutisch voorschrift moet bevatten. Een tweede onderzoeksvraag was of huisartsen en kinesitherapeuten klaar zijn voor de digitalisering van het kinesitherapeutisch voorschrift.

5.3.1 Steekproef

In vergelijking met voorgaande vragenlijsten in verband met de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten werd een aanzienlijke steekproef van 90 huisartsen en 377 kinesitherapeuten bereikt. De studie van Wouters (2013) bereikte 40 huisartsen, de studie van Schottey (2016) bereikte 53 huisartsen en 169 kinesitherapeuten, de studie van Levrau (2018) bereikte 42 huisartsen en 35 kinesitherapeuten, Johanns (2014) bereikte 134 huisartsen en 184 kinesitherapeuten (1,2,10,11).

De lagere respons van de huisartsen (90 huisartsen versus 377 kinesitherapeuten) kan deels worden verklaard door het lagere totaal aantal huisartsen (in 2016 13.008 kinesitherapeuten versus 8.621 huisartsen) (42,48). Een andere verklaring is dat kinesitherapeuten dit interessantere materie vinden om meer autonomie te krijgen. De huisarts staat centraal in het zorglandschap en communiceert met verschillende actoren binnen de eerste en tweede lijn. Hierdoor kan het zijn dat de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut voor de huisarts als minder prioritair wordt ervaren. Toch begrijpen de huisartsen de bezorgdheden rond communicatie van de kinesitherapeuten.

Daarnaast is de doelgroep “huisartsen” moeilijk bereikbaar voor onderzoek. Deze worden regelmatig gevraagd deel te nemen aan onderzoek. Door de werkdruk blijft weinig tijd over om deel te nemen aan studies. Tijdens de COVID-19 pandemie is de druk op de huisartsen en huisartsen in opleiding toegenomen.

5.3.2 Trends

De kinesitherapeut snakt naar meer communicatie, maar ook naar meer autonomie. Het feit dat te weinig communicatie plaatsvindt en dat beide beroepsgroepen hiermee ook akkoord gaan werd reeds in verschillende studies aangetoond (11,12,44). De studie van Clemence et al. (2003) gaat hierin nog een stap verder en besluit dat meer communicatie ook kan zorgen voor gezondheidswinst (12). Huisartsen willen op de vraag naar autonomie ingaan, ze geven aan dat de kinesitherapeut het best geplaatst is om de behandelingsmodaliteit en frequentie van behandeling te bepalen. Een verklaring hiervoor is het tekort aan kennis van de huisarts over kinesitherapie dat wordt bevestigd in het onderzoek van Johanns (2014) (1). Daartegenover staat dat huisartsen willen dat kinesitherapeuten communiceren indien ze het therapieplan aanpassen. Momenteel houdt bijna de helft van de kinesitherapeuten zich zelden tot nooit aan het voorgestelde therapieplan. Dit terwijl de meerderheid van de huisartsen aangeeft zeer zelden gecontacteerd te worden voor wijzigingen in verband met het voorschrift. Een mogelijke reden hiervoor is de hoge drempel die de kinesitherapeuten ervaren. De studie van Schottey (2016) toont dat kinesitherapeuten schrik hebben om de huisarts te contacteren (2).

Er zijn verschillende manieren om de huisarts te bereiken en kinesitherapeuten zijn vaak niet voldoende op de hoogte welke manier, door welke huisarts verkozen wordt. Ze willen de huisarts niet storen tijdens het werken.
De studie van Schottey (2016) gaf aan dat er een reële ontevredenheid over deze communicatie bestaat (2).

Uit de resultaten komt duidelijk naar voor dat er weinig informatie over de patiënt gedeeld wordt met de kinesitherapeut. Informatie die de huisarts het vaakst deelt zijn de specialistische verslagen en de medische beeldvorming. Alhoewel weinig informatie gedeeld wordt geven zowel huisartsen als kinesitherapeuten aan dat de behandelende kinesitherapeut hier baat bij zou hebben. Door meer informatie mee te geven kan de kinesitherapeut gerichter werken en op tijd ingrijpen wanneer het probleem van de patiënt een onverwacht verloop kent.

Wanneer gevraagd wordt of een uitgebreidere verwijsbrief te veel tijd kost wordt hier gemengd op gereageerd. Ook bleek uit de panelgesprekken dat huisartsen en kinesitherapeuten geen vergoeding verwachten voor deze extra inspanning. Belangrijker voor de huisartsen is dat de communicatie efficiënt verloopt. Ze pleiten enkel overleg te plannen indien nodig. Ander onderzoek geeft aan dat een vergoeding wel aan de orde is. De hoge kostprijs van softwarepakketten zorgt voor een drempel voor het uitbouwen van elektronische communicatie (1,2).

Zowel de huisartsen als kinesitherapeuten zijn niet ontevreden over hoe het voorschrift op heden opgesteld wordt. Nochtans zien beide beroepsgroepen dat er een duidelijk voordeel kan gerealiseerd worden indien het kinesitherapeutisch voorschrift gedigitaliseerd en verwerkt zou worden in het EPD. Dat beide zorgverleners klaar zijn om meer elektronisch te communiceren werd ook al besproken in de studie van Johanns (2014) (1). Een bijkomend voordeel van het elektronisch communiceren is dat het zorgt voor meer volledige verwijsbrieven. Het onderzoek van Wouters (2013) beschrijft de meest voorkomende fouten op het kinesitherapeutisch voorschrift als: het ontbreken van de datum en ontbreken van de diagnose (26). Deze onvolledigheid kan eenvoudig weggewerkt worden door het implementeren van een elektronisch voorschrift. Potoms (2014) bewijst dat de perceptie van patiënten op de samenwerking positiever werd door meer overleg (43).

6 Sterktes en zwaktes

In deze studie werd aandacht besteed om valide vragenlijsten op te stellen. De vragenlijsten werden getoetst en aangepast samen met experten in hun vakgebied. Door twee sessies met de verschillende beroepsgroepen te organiseren was het opportuun om tijdens een derde sessie de visies met elkaar te confronteren.

De veelvuldige stappen die gezet werden en de multipele methoden van onderzoek die werden gebruikt zijn een meerwaarde voor de kwaliteit van deze studie.

Door de veelheid aan verworven data (zowel van het kwalitatief als het kwantitatief onderzoek) bleef niet voldoende tijd over voor uitgebreidere analyses. Voortbouwend onderzoek kan steeds gebruik maken van onze verworven data. Onderzoekers mogen ons steeds contacteren.

Om de betrouwbaarheid te kwantificeren werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van de kappawaarde. In vervolgonderzoek raden wij aan, om bij een vragenlijst die gebruik maakt van een likertschaal, deze op te stellen als een ordinale schaal. Dit heeft als voordeel dat een ICC berekend kan worden.

Een grote groep huisartsen en kinesitherapeuten kon bereikt worden door het verspreiden van de vragenlijsten via de beroepsverenigingen. Dit werd vergemakkelijkt door de enquête online op te stellen via REDCap.

7 Conclusie

Uit dit onderzoek komt naar voor dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten vinden dat kinesitherapeuten meer autonomie kunnen krijgen op vlak van het therapieplan. Kinesitherapeuten zijn meer op de hoogte welke behandeling geïndiceerd is bij welke problematiek. De huisartsen zijn bereid om meer informatie te delen uit het medisch dossier zodat de patiënt gerichter kan worden behandeld. Hiertegenover wenst de huisarts meer feedback van de kinesitherapeut om meer kennis te krijgen over de indicaties voor kinesitherapie en welke behandelingen succesvol zijn.

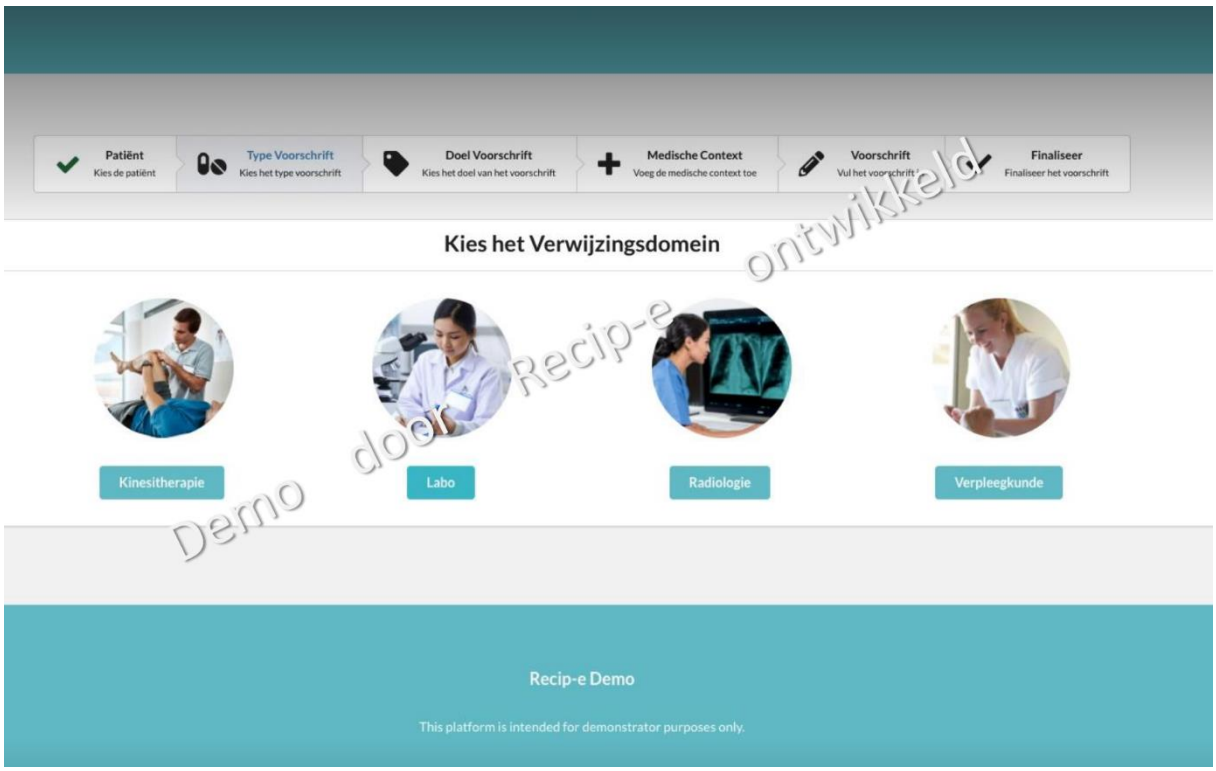
Of gerichtere verwijzing door de huisarts, de kosten voor de patiënt en de maatschappij kan drukken zal nog moeten blijken. Voorgaande inspanningen om de communicatie te verbeteren bleken niet voldoende te zijn om een kwaliteitsvolle verwijzing te bekomen. Een elektronische verwijsbrief zal het eenvoudiger maken om de juiste informatie met de kinesitherapeut te delen. Meer informatieflow in een richting (via de verwijsbrief naar de kinesitherapeut), via een link tussen elektronische dossiers van de hulpverleners, kan de poort openen naar wederzijdse communicatie (onder de vorm van een kinesitherapeutisch verslag). Efficiënte communicatie zonder administratieve overlast zal beide partijen ten goede komen en de zorgkwaliteit verbeteren.

8 Praktische implicatie

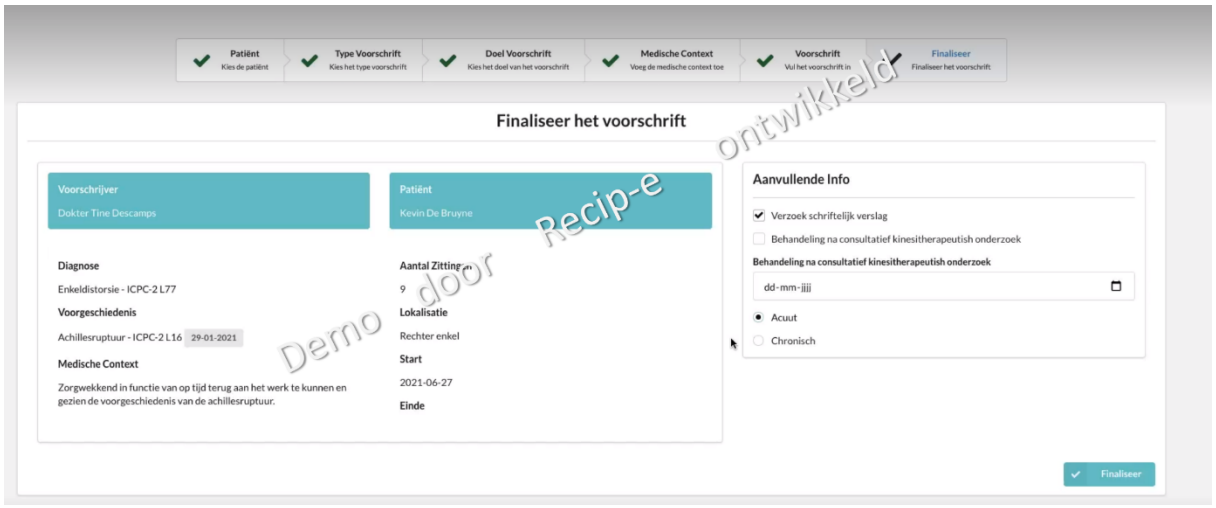
Om na te gaan hoe ver de digitalisering van het voorschrift reeds gevorderd is, namen we contact op met Recip-e. We kregen een rondleiding in het kantoorgebouw in Brussel. Recip-e is een statutaire bevoegdheid van het RIZIV. Momenteel werken ze aan het digitaliseren van voorschriften voor kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen en bandagisten. Er werden ideeën en visies gewisseld over hoe de communicatie via verwijsbrief met de kinesitherapeut kan verlopen. Als arts-onderzoekers kregen we de opportuniteit om het beleid te informeren over de kennis die vergaard werd tijdens deze studie.

Sinds 1 september 2021 lopen voorschriften voor medicatie volledig “gedematerialiseerd”. Dit wil zeggen dat er geen papieren voorschrift meer nodig is. Via de elektronische identiteitskaart of isi^{+}-kaart kan de patiënt zich aanmelden bij de apotheek. Hierdoor wordt een zorgrelatie aangemaakt van vijftien maanden met deze apotheker. Er wordt een link via eHealth (dispatcher functie) gemaakt met het EPD van de huisarts, waarmee de apotheker gedurende deze periode de voorschriften voor medicatie kan raadplegen. Een gelijkaardig plan staat klaar om uit te rollen voor de andere voorschriften (kinesitherapie, verpleegkunde, etc.).

Tijdens de rondleiding werd een korte demonstratiefilm getoond, die eveneens werd voorgelegd aan de federale dienst volksgezondheid. Het idee is om in plaats van een diagnose te vermelden op het voorschrift te werken met een “zorgepisode”. Met een zorgepisode kunnen behandelingen aan elkaar worden gelinkt. Bij eenzelfde episode kan een kinesitherapeutisch voorschrift maar ook een medicatievoorschrift en zelfs een verpleegkundig voorschrift worden gekoppeld. De volgende afbeelding toont een voorbeeld van hoe de huisarts een elektronisch voorschrift kan opstellen. De huisarts zal kunnen kiezen tussen de verschillende types voorschriften bij deze zorgepisode.



Nadien kan de huisarts de noodzakelijke velden invullen zoals het aantal zittingen, de diagnose en de lokalisatie. Er kan extra info worden toegevoegd zoals: relevante voorgeschiedenis, acute en chronische pathologie… Er kan gevraagd worden naar een verslag nadien en er is mogelijkheid tot aanvraag van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek.



Knelpunten die momenteel worden aangegeven door Recip-e uit hun ervaring met het digitaliseren van het medicatie voorschrift zijn:

- Oudere patiënten zijn vaak niet klaar voor digitalisering. Zij begrijpen dit dematerialisatie concept soms moeilijk en zien liever hun voorschrift op papier.
- Bij dematerialisatie krijgt de patiënt minder te lezen, waardoor hij de info minder kan verwerken. Er ontstaat een grotere kans op miscommunicatie en medicatiefouten. Dit is minder van belang voor kinesitherapievoorschriften. De voorschriften worden voor de patiënt wel zichtbaar via het eHealth platform.

- Voor kinesitherapievoorschriften is er een moeilijkheid bij het delen van medische informatie via de verwijsbrief. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat inspecteurs van het RIZIV deze gevoelige medische informatie in handen krijgen. De overheid is niet klaar om soepel om te gaan met de gegevensdeling.
- Welke gegevens gedeeld mogen worden met de kinesitherapeut is momenteel nog onduidelijk. Daarnaast is er de vraag op welke manier de patiënt hier toestemming voor kan geven.
- De grootste vertraging op de digitalisering zit hem in het politieke debat. Alle actoren moeten worden gehoord. Andere agendapunten kunnen voorop staan waardoor dit debat uitgesteld wordt. Heden wordt veel aandacht besteed aan de numerus clausus in Franstalig België en werden projecten vooruitgeschoven door coronabeleid. Wanneer een goedkeuring gegeven wordt, duurt het lang voor de softwarehuizen dit kunnen verwerken in de softwarepakketten van de huisartsen en kinesitherapeuten. Het duurt gemiddeld negen tot twaalf maanden om een digitaal voorschrift operationeel te maken.

Voordelen van digitalisering volgens Recip-e zijn:

- De ontvanger van het voorschrift krijgt een volledig beeld van de lopende voorschriften en deze uit het verleden.
- Minder informatieflow via de patiënt als communicatiemedium.
- Er is een rechtstreekse informatieoverdracht naar het dossier van de kinesitherapeut.
- Er is bij de voorschrijver een duidelijk zicht op de terugbetaling voor ieder voorschrift voor de patiënt. Dit kan helpen om de kosten voor de patiënt te drukken.
- Er kan feedback gestuurd worden door de ontvanger.

9 Bijlagen

Bijlage 1: Enquête huisartsen

1. Hoe stelt u uw voorschrift naar de kinesitherapeut op? Gelieve te rangschikken van meest gebruikte manier op 1, naar minst gebruikte manier. Manieren die u niet gebruikt dient u niet aan te duiden.

	1	2	3	4	5
elektronisch doorgestuurd naar de kinesitherapeut	○	○	○	○	○
elektronisch en afgedrukt meegeven aan de patiënt	○	○	○	○	○
handgeschreven op een voorgedrukt sjabloon	○	○	○	○	○
handgeschreven zonder een voorgedrukt sjabloon	○	○	○	○	○
op een andere manier	○	○	○	○	○

Op welke manier stelt u nog een voorschrift kinesitherapie op? _____

Hoe tevreden bent u met de manier die u nu gebruikt, voor het opstellen van een kinesitherapeutisch voorschrift?
- ○ heel erg ontevreden
- ○ niet tevreden
- ○ neutraal
- ○ tevreden
- ○ heel erg tevreden
- ○ geen mening

Hoe komt dit?

3. Hoe vaak vermeldt u de ... over uw patiënt in het kinesitherapeutisch voorschrift?

	praktisch nooit (< 10%)	zelden (10-34%)	soms (35-65%)	vaak (66-90%)	praktisch (>90%
voorgeschiedenis	○	○	○	○	○
acute medicatie	○	○	○	○	○
chronische medicatie	○	○	○	○	○
specifieke beeldvorming	○	○	○	○	○
specialistische verslagen	○	○	○	○	○
psychosociale toestand	○	○	○	○	○
contra-indicaties of rode-vlaggen	○	○	○	○	○
hobbies	○	○	○	○	○
beroepsmatige activiteiten	○	○	○	○	○

4. De kinesitherapeut heeft er baat bij de ... van de patiënt te kennen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Geen me
voorgeschiedenis	○	○	○	○	○	○
acute medicatielijst	○	○	○	○	○	○
chronische medicatie	○	○	○	○	○	○
specifieke beeldvorming	○	○	○	○	○	○
specialistische verslagen	○	○	○	○	○	○
psychosociale toestand	○	○	○	○	○	○
contra-indicaties of rode-vlaggen	○	○	○	○	○	○
hobbies	○	○	○	○	○	○
beroepsmatige activiteiten	○	○	○	○	○	○

5 Hoe vaak vermeldt u een behandelingsmodaliteit* op het kinesitherapeutisch voorschrift?
- ○ praktisch nooit (< 10%)
- ○ zelden (10-34%)
- ○ soms (35-65%)
- ○ vaak (66-90%)
- ○ praktisch altijd (>90%)
- ○ geen mening

(*bv massage, oefentherapie enz.)

6 Hoe zeker bent u van de behandelingsmodaliteit die u voorschrijft?
- ○ helemaal niet zeker
- ○ niet zeker
- ○ neutraal
- ○ zeker
- ○ helemaal zeker
- ○ geen mening

7 De kinesitherapeut is het best geplaatst om de behandelingsmodaliteit* van de behandeling te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*bv massage, oefentherapie,...)

8 De huisarts is het best geplaatst om de behandelingsmodaliteit* van de behandeling te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*bv massage, oefentherapie,...)

9 De kinesitherapeut is het best geplaatst om de frequentie van de behandeling te bepalen
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

10 De huisarts is het best geplaatst om de frequentie van de behandeling te bepalen
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

11 Gelieve antwoord D aan te duiden.
- ○ A
- ○ B
- ○ C
- ○ D
- ○ E

(dit is een controlevraag)

12 Strikt genomen zijn kinesitherapeuten verplicht zich te beperken tot de uitvoering van de voorgeschreven behandeling. Ik wens gecontacteerd te worden indien de kinesitherapeut het door mij opgestelde therapieplan wenst aan te passen.
- ○ helemaal niet akkoord
- ○ niet akkoord
- ○ neutraal
- ○ akkoord
- ○ helemaal akkoord
- ○ geen mening

13 Hoe vaak wordt u gecontacteerd door een kinesitherapeut in verband met uw voorschrift?
- ○ nooit
- ○ jaarlijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks
- ○ geen mening

14 Hoe vaak vraagt een patiënt naar meer informatie* voor de kinesitherapeut?
- ○ nooit
- ○ jaarlijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks
- ○ geen mening

(*beeldvorming, specialistisch verslag, operatieverslag,...)

15 Er wordt volgens u voldoende direct gecommuniceerd* tussen huisartsen en kinesitherapeuten.
- ○ helemaal oneens
- ○ oneens
- ○ neutraal
- ○ eens
- ○ helemaal eens
- ○ geen mening

(*telefonisch/persoonlijk)

16 Er wordt volgens u voldoende indirect gecommuniceerd* tussen huisarts en kinesitherapeut.
- ○ helemaal oneens
- ○ oneens
- ○ neutraal
- ○ eens
- ○ helemaal eens
- ○ geen mening

(*via brief/email)

17 Een uitgebreidere verwijsbrief waarbij er meer aandacht wordt geschonken aan klinische inlichtingen* vraagt te veel tijd.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*zoals bv. specialistische verslagen, protocol beeldvorming, bevindingen klinisch onderzoek)

18 Een uitgebreidere verwijsbrief zorgt voor een gerichtere behandeling van de patiënt.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

19 Het zou een verbetering zijn indien we als huisarts een verwijzing kunnen opstellen naar een kinesitherapeut via het EMD*.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*elektronisch medisch dossier)

20 Heeft u na het invullen van de vragenlijst suggesties voor optimalisatie met betrekking tot het voorschrift en de info die de arts wenst te delen? _____

21 Wat is uw geslacht?
- ○ man
- ○ vrouw
- ○ x (onbepaald)

22 Praktijkervaring in jaren: _____

23 Heeft u een kinesitherapeut verbonden aan uw praktijk?
- ○ neen
- ○ ja, deeltijds
- ○ ja, voltijds

24 Van de mensen die ik op consultatie zie, schrijf ik gemiddeld ongeveer ... kinesitherapie voor*.
- ○ 0 /20 patiënten
- ○ 1 /20 patiënten
- ○ 2 /20 patiënten
- ○ 3 /20 patiënten
- ○ 4 /20 patiënten
- ○ 5 /20 patiënten
- ○ 6 /20 patiënten
- ○ 7 /20 patiënten
- ○ 8 /20 patiënten
- ○ 9 /20 patiënten
- ○ 10 of meer /20 patiënten

(*kies het dichtstbijzijnde antwoord)

Bijlage 2: Enquête kinesitherapeuten

1. Op welke manier ontvangt u het voorschrift van de huisarts ? Gelieve te rangschikken va meest gebruikte manier op 1, naar minst gebruikte manier. Manieren waarop u het kinesitherapeutisch voorschrift niet ontvangt dient u niet aan te duiden.

	1	2	3	4	5
elektronisch doorgestuurd naar de kinesitherapeut	○	○	○	○	○
elektronisch en afgedrukt meegeven aan de patiënt	○	○	○	○	○
handgeschreven op een voorgedrukt sjabloon	○	○	○	○	○
handgeschreven zonder een voorgedrukt sjabloon	○	○	○	○	○
op een andere manier	○	○	○	○	○

Hoe ontvangt u nog voorschriften/ verwijsbrieven _____

2. Hoe tevreden bent u met de huidige manier waarop het kinesitherapeutisch voorschrift wordt opgesteld.
- ○ heel erg ontevreden
- ○ niet tevreden
- ○ neutraal
- ○ tevreden
- ○ heel erg tevreden
- ○ geen mening

Hoe komt dit?

3 . Hoe vaak zijn/is er de ...van uw patiënt meegedeeld bij de verwijzing door de huisarts?

	praktisch nooit (< 10%)	zelden (10-34%)	soms (35-65%)	vaak (66-90%)	praktisch (>90%
Antecedenten	○	○	○	○	○
Acute medicatie	○	○	○	○	○
Chronische medicatie	○	○	○	○	○
Specifieke beeldvorming	○	○	○	○	○
Specialistische verslagen	○	○	○	○	○
Psychosociale toestand	○	○	○	○	○
contra-indicaties of rode-vlaggen	○	○	○	○	○
hobbies	○	○	○	○	○
beroepsmatige activiteiten	○	○	○	○	○

4. Ik mis regelmatig de ... waardoor ik mijn patiënt minder gericht kan behandelen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Geen m
antecedenten	○	○	○	○	○	○
acute medicatielijst	○	○	○	○	○	○
chronische medicatie	○	○	○	○	○	○
specifieke beeldvorming	○	○	○	○	○	○
specialistische verslagen	○	○	○	○	○	○
psychosociale toestand	○	○	○	○	○	○
contra-indicaties of rode-vlaggen	○	○	○	○	○	○
hobbies	○	○	○	○	○	○
beroepsmatige activiteiten	○	○	○	○	○	○

5. Hoe vaak heeft u bedenkingen over een kinesitherapeutisch voorschrift van een huisarts*.
- ○ praktisch nooit (< 10%)
- ○ zelden (10-34%)
- ○ soms (35-65%)
- ○ vaak (66-90%)
- ○ praktisch altijd (>90%)
- ○ geen mening

(*met betrekking tot de duur, behandelingsmodaliteiten en/of frequentie van behandeling)

6. Handgeschreven voorschriften zijn .... onleesbaar.
- ○ praktisch nooit (< 10%)
- ○ zelden (10-34%)
- ○ soms (35-65%)
- ○ vaak (66-90%)
- ○ praktisch altijd (>90%)
- ○ geen mening

7. Ik houd mij steeds strikt aan de voorgeschreven behandelingsmodaliteit*.
- ○ praktisch nooit (< 10%)
- ○ zelden (10-34%)
- ○ soms (35-65%)
- ○ vaak (66-90%)
- ○ praktisch altijd (>90%)
- ○ geen mening

(*indien deze vermeld staat op het kinesitherapeutisch voorschrift)

Wat is de reden hiervoor? _____

8. Indien een kinesitherapeutisch voorschrift onvoldoende informatie bevat zorgt dit ervoor dat ik minder rekening houd met de voorgeschreven behandelingsmodaliteiten.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

9. De kinesitherapeut is het best geplaatst om de behandelingsmodaliteit* van de behandeling te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*bv. massage, oefentherapie,...)

10. De huisarts is het best geplaatst om de behandelingsmodaliteit te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

11. Indien de huisarts een behandelingsmodaliteit vermeldt op het voorschrift vind ik dit een meerwaarde.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

12. Gelieve antwoord D aan te duiden.
- ○ A
- ○ B
- ○ C
- ○ D
- ○ E

(deze vraag is een controlevraag)

13. De huisarts is het best geplaatst om de frequentie van een behandeling te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

14. De kinesitherapeut is het best geplaatst om de frequentie van een behandeling te bepalen.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

15. De drempel om de huisarts naar extra informatie te vragen betreffende de pathologie* van de patiënt is te hoog.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

(*bv. beeldvorming, specialistisch verslag, operatieverslag,...)

Wat is de reden hiervoor? _____

16. Ik wens meer communicatie met de huisarts.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

17. Elektronisch doorsturen van het kinesitherapeutisch voorschrift via het elektronische patiëntendossier zou een stap in de goede richting zijn voor een betere verwijzing door de huisarts en zou de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut kunnen verbeteren.
- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord
- ○ Geen mening

18. Heeft u na het invullen van de vragenlijst suggesties voor optimalisatie met betrekking tot het voorschrift en de info die u wenst te ontvangen van de huisarts?* _____

(*Niet verplicht)

19. Wat is uw geslacht?
- ○ man
- ○ vrouw
- ○ x (onbepaald)

20. Praktijkervaring in jaren: _____

21. Werkt u in een multidisciplinaire praktijk samen met een huisarts?
- ○ ja, voltijds
- ○ ja, deeltijds
- ○ neen

Bijlage 3: Toestemmingsformulier

Beste kinesitherapeut,

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 om op de vraag onderaan deze pagina 'ja' te antwoorden. Vervolgens wordt u verder geleid naar de eigenlijke enquête.

Beschrijving en doel van de studie
De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent, voert een onderzoek uit naar het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemedium tussen kinesitherapeuten en huisartsen, met als doel te peilen naar de tevredenheid van de kinesitherapeuten werkzaam in Vlaanderen 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 twee keer 5 tot 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 1 week later 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 de 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,
Dr. Diego Schrans.

Toestemming en weigeringDe deelname aan deze studie is volledig vrijwillig.

VoordelenDe verkregen resultaten kunnen leiden tot meer efficiënte communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen, beter inzetten van middelen en zorg voor de patiënten.

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

VertrouwelijkheidUw 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.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal pseudo-geanonimiseerd worden. Hierbij is er door de onderzoekers geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke gegevens en antwoorden. Er zal aan uw data een code toegekend worden, zodat uw antwoorden van ronde 1 en 2 met elkaar vergeleken kunnen worden. Enkel de pseudo-geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie,

prof. Dr. Coorevits Pascal (UZ Gent),
Dr. Diego Schrans (UZ Gent).

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Bijlage 4: Plagiaatrapport

Digital Receipt turnitin

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Ruben Van Gelder en Lucas Van der Elst
Assignment title:	Indienen Masterproef
Submission title:	thesis kopie zonder voorblad.docx
File name:	thesis kopie zonder voorblad.docx
File size:	3.65 MB
Page count:	39
Word count:	13,805
Character count:	85,100
Submission date:	Sun, April 24 2022 10:20 AM +0200
Paper ID:	oid:3725:113720295



Van Gelder Ruben

Van der Elst Lucas

24/04/2022

Copyright © 2022Turnitin, LLC.All rights reserved.

Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité

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-09568	NVT	05/03/2021	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemedium tussen huisartsen en kinesisten: Een kwantitatief prospectief onderzoek aan de hand van gevalideerde vragenlijsten - MaNaMa Ruben Van Gelder"

B.U.N.: B6702021000157
* Adviesaanvraagformulier dd. 24/12/2020
* Begeleidende brief dd. 24/12/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 24/12/2020:
  Expertenpanel
  Pilootgroep
  gezonde proefpersonen
* Vragenlijsten dd. 24/12/2020

Advies werd gevraagd door: Dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/03/2021 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/03/2022, 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 04/03/2021 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/03/2022, 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 16/03/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/03/2021.

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

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

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden: Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

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-09569	NVT	05/03/2021	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemedium tussen huisartsen en kinesisten: Een kwantitatief prospectief onderzoek aan de hand van gevalideerde vragenlijsten - MaNaMa Lucas Van Der Elst"

B.U.N.: B6702021000158

* **Adviesaanvraagformulier dd. 24/12/2020**
* **Begeleidende brief dd. 24/12/2020**
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 24/12/2020:
  Expertenpanel
  Pilootgroep
  gezonde proefpersonen
* Vragenlijsten dd. 24/12/2020

Advies werd gevraagd door: Dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/03/2021 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/03/2022, 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 04/03/2021 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/03/2022, 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 16/03/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/03/2021.

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* **Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.**
* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

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

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden: Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

Bijlage 6: Kappawaarden test-hertest enquête huisartsen en kinesitherapeuten

VRAGEN KINESITHERAPEUTEN	kappa	P-waarde	95% betrouwbaarheidsinterval	VRAGEN HUISARTSEN	kappa	P-waarde	95% betrouwbaarheidsinterval
Ontvangt u het voorschrift via EPD?	-		-	Stuurt u uw voorschrift via het EPD door?	-		
Ontvangt u het voorschrift elektronisch?	0,77	<,001		Stuurt u uw voorschrift elektronische door?	-		-
Ontvangt u het voorschrift afgedrukt?	0,17	0,361		Geeft u uw voorschrift elektronisch en afgedrukt?	0,64	0,002	
Voorschrift op voorgedrukt sjabloon?	-0,05	0,819		Voorschrift handgeschreven op een sjabloon op?	0,89	<,001	
Voorschrift handgeschreven zonder sjabloon?	0,48	0,03		Voorschrift handgeschreven zonder sjabloon op?	-		-
Rangorde elektronisch en afgedrukt meegegeven	0,43	0,017	0,02-0,84	Stelt u uw voorschrift op een andere manier op?	-		-
Rangorde handgeschreven voorgedrukt sjabloon	0,39	0,003	0,09-0,69	Ranking van elektronisch doorgestuurd voorschrift	-		-
Rangorde handgeschreven zonder sjabloon	0,52	0,002	0,16-0,87	Ranking elektronisch en afgedrukt voorschrift	0,35	0,077	-0.24-0,93
Hoe tevreden over huidig voorschrift?	0,26	0,08		Ranking handgeschreven voorschrift op sjabloon	0,59	0,034	0,14-1,03
Ontvangt u antecedenten bij de verwijzing?	0,27	0,101	-0,10-0,64	Ranking handgeschreven zonder sjabloon	-		-
Ontvangt u acute medicatie bij de verwijzing?	-		-	Hoe tevreden bent u over het voorschrift?	0,57	<,001	
Ontvangt u chronische medicatie bij de verwijzing?	-		-	Hoe vaak vermeldt u de voorgeschiedenis?	0,12	0,406	-0,14-0,38
Ontvangt u beeldvorming bij de verwijzing?	0,42	0,009	0,11-0,73	Hoe vaak vermeldt u de acute medicatie?	0,33	0,047	-0,03-0,70
Ontvangt u specialistische verslagen?	0,27	0,085	0,02-0,51	Hoe vaak vermeldt u de chronische medicatie?	-0,08	0,531	-0,17-0,01
Ontvangt u de psychosociale toestand?	0,77	<,001	0,35-1,20	Hoe vaak vermeldt u beeldvorming?	0,31	0,02	0,11-0,52
Ontvangt u de contra-indicaties bij de verwijzing?	0,3	0,172	-0,18-0,77	Hoe vaak vermeldt u specialistische verslagen?	0,47	<,001	0,17-0,76
Ontvangt u het beroep van de patiënt?	0,36	0,06	-0,09-0,81	Hoe vaak vermeldt u de psychosociale toestand?	-0,01	0,953	-0,31-0,29
Voordeel antecedenten in de verwijzing?	0,48	<,001		Hoe vaak vermeldt u de contra-indicaties?	0,5	<,001	0,17-0,83
Voordeel om acute medicatie in de verwijzing?	0,38	0,001		Hoe vaak vermeldt u de hobby's op het voorschrift?	0,72	<,001	0,54-0,91
Voordeel om chronische medicatie in de verwijzing?	0,52	<,001		Vermeldt u de beroepsmatige activiteiten?	0,38	0,154	0,08-0,69
Voordeel om beeldvorming in de verwijzing?	0,62	<,001		Baat bij het weten van de voorgeschiedenis?	0,22	0,115	
Voordeel om specialistische verslagen in verwijzing?	0,52	0,002		Baat bij het weten van de acute medicatie?	0,58	<,001	
Voordeel psychosociale toestand in de verwijzing?	0,28	0,005		Baat bij het weten van de chronische medicatie?	0,41	0,004	
Voordeel contra-indicaties in de verwijzing?	0,20	0,097		Baat bij het weten van de beeldvorming?	0,33	0,093	
Voordeel om hobby's op te nemen in de verwijzing?	0,28	0,006		Baat bij het weten van de specialistische verslagen?	0,4	0,025	
Voordeel om beroep op te nemen in de verwijzing?	0,42	<,001		Baat bij het weten van de psychosociale toestand?	0,21	0,063	
Hoe vaak heeft u bedenkingen i.v.m. voorschrift?	0,24	0,106		De kinesitherapeut heeft baat bij contra-indicaties?	0,27	0,046	
Zijn handgeschreven voorschriften onleesbaar?	0,70	<,001		Baat bij het weten van de hobby's?	-0,22	0,143	

Strikt voorgeschreven behandelingsmodaliteit?	0,52	<,001	
Minder info is minder rekening behandeling?	0,17	0,155	
Kinesitherapeut best de behandelingsmodaliteit?	0,54	0,006	
Beslist de huisarts best behandelingsmodaliteit?	0,39	0,011	
Behandelingsmodaliteit een meerwaarde?	0,32	0,016	
Controlevraag: gelieve D aan te duiden	-		-
Huisarts best om de frequentie te bepalen?	0,16	0,336	
Kinesitherapeut best om de frequentie te bepalen?	0,05	0,835	
Drempel om extra informatie te vragen te hoog?	0,57	<,001	
Wil ik meer communicatie met de huisarts?	0,52	0,001	
Elektronisch communiceren is beter?	0,51	<,001	
Hoelang werkzaam als kinesitherapeut?	0,98	<,001	0,95-1,01
Werkt u samen met een huisarts?	0,46	0,007	
Wat is uw geslacht?	-	<,001	-

Baat beroepsmatige activiteiten?	-0,1	0,543	
Hoe vaak vermeldt u een behandelingsmodaliteit?	0,48	0,003	
Hoe zeker bent u van de behandelingsmodaliteit?	0,31	0,017	
Kinesitherapeut kiest best behandelingsmodaliteit?	0,56	0,002	
Kiest de huisarts best de behandelingsmodaliteit?	0,34	0,012	
Kinesitherapeut kiest best de frequentie?	0,62	0,003	
Huisarts kiest best de frequentie?	0,39	0,005	
Wens contact bij verandering van het therapieplan?	0,49	<0,001	
Frequentie contact door de kinesitherapeut?	0,59	<,001	
Hoe vaak vraagt de patiënt meer informatie?	0,42	0,007	0,11-0,74
Is er voldoende directe communicatie?	0,14	0,363	
Is er voldoende indirecte communicatie?	-0,1	0,196	
Vraagt een uitgebreidere verwijsbrief te veel tijd?	0,36	0,176	
Uitgebreidere verwijsbrief = gerichter behandeling?	0,23	0,164	
Is verwijzen via het epd een meerwaarde?	0,46	0,154	
Wat is uw geslacht?	-	<,001	-
Hoeveel jaren praktijkervaring heeft u?	0,92	<,001	0,85-0,99
Kinesitherapeut verbonden aan uw praktijk?	-		-
Hoeveel kinesitherapie schrijft u gemiddeld voor?	0,65	<,001	0,43-0,88

Tabel 3.

Legende kleurcode:	
< 0.00	Slecht
0.00-0.20	Gering
0.21-0.40	Matig
0.41-0.60	Goed
0.61-0.80	Zeer goed
>0.80	Uitstekend
-	Constante

Bijlage 7: Persoonlijke reflectie Ruben

Tijdens het schrijven van deze scriptie heb ik steeds kunnen rekenen op mijn vriend en thesispartner Lucas Van der Elst. We hebben doorheen de opleiding regelmatig samengewerkt. De eerste keer was in het tweede bachelor geneeskunde, toen we in dezelfde groep zaten voor de “lijnvakken”. We hadden beiden een passie voor skiën en zijn verschillende keren naar de Franse Alpen getrokken. We liepen samen de GR-20, een 200 km lange wandeltocht dwars doorheen de bergen van Corsica.

Deze ervaringen hebben onze vriendschap sterk gemaakt en gaf ons kracht om de thesis tot een goed einde te brengen. Door de drukke schema’s en werk was het soms moeilijk vrije momenten te vinden om samen te werken. Lucas werkte het grootste deel van de opleiding in Antwerpen, ik in Oostende. We hebben doorheen het proces een manier moeten vinden om efficiënt samen te werken. De afstand en de coronamaatregelen maakte dat we online (via Teams, Zoom) probeerden af te spreken. We merkten dat het doeltreffender was om samen te komen.

Het schrijven van een thesis vraagt veel zelfstandigheid en organisatie. Het maken van afspraken met de huisartsen, kinesisten en Recip-e vroeg veel puzzelwerk. We moesten flexibel zijn om tijd vrij te maken op de momenten dat de meeste experten aanwezig konden zijn. We hadden interessante gasten op de panelgesprekken om een succesverhaal te creëren. Het gaf veel energie en een duwtje in de rug om in gesprek te gaan met de geëngageerde aanwezigen.
Achteraf gezien hadden we misschien vroeger moeten starten met het verzamelen van de data. Het zou veel stress weggenomen hebben en de kans gegeven hebben meer uitgebreide analyses uit te voeren. De laatste maanden voor de deadline hebben we samen verlofdagen opgeofferd om een hele week samen te schrijven en de laatste hand te leggen aan de verwerkte data. Het was als het ware een thesismarathon. Tijdens deze week moest we onze aandacht niet telkens afwisselen tussen de praktijk en het onderzoek. Op een bepaald moment gaf Word een foutmelding aan in het document. Het was onmogelijk onze thesis te openen of zaken aan te passen en de computer liep steeds vast. Ik herinner mij dit moment als het meest ellendige van de driejarige periode, omdat we ervoor vreesden dat het niet op te lossen was. Onder de verschillende pogingen die dag om de thesis te redden waren we steeds kalm gebleven. Ik ben ervan overtuigd dat wanneer dit opgelost was dit ons een boost heeft gegeven verder te gaan.

Alhoewel we alle delen samen geschreven, herlezen en aangepast hebben zijn er een aantal zaken waar we de taken opgesplitst hebben. Lucas heeft de taak opgenomen om contacten te leggen met de experts voor de expertenpanels. Ten tweede het overtuigen van de beroepsverenigingen voor het verspreiden van onze vragenlijsten, hierin is Lucas goed geslaagd. Nadat we samen de data-analyse uitvoerden van de test-herstest, was het Lucas die de literatuur was ingedoken om verklaringen te vinden voor de bekomen kappacoëficienten (prevalentieafhankelijkheid, leereffect, etc). Mijn aandeel was groter bij het uitschrijven van het protocol, het vragen van de goedkeuring aan het ethisch comité van het UZ Gent en literatuurstudie. Daarnaast schreef ik de eerste versie van de inleiding en situering met daarbij het deel over het gedeeld medisch beroepsgeheim. De verdere literatuurstudie deden we samen. De artikels die we relevant vonden werden geselecteerd en samengevat hierdoor werd het moeilijk om bij te houden hoeveel artikels er uiteindelijk werden weerhouden. Het bijhouden van de referentielijst heb ik op mij genomen omdat er steeds foutmeldingen werden aangegeven wanneer we met beiden in het gedeelde document probeerden aan te passen. De grafische weergave (tabellen en barcharts) heb ik gemaakt door de data in Excel te plaatsen. Ik heb een bezoek gebracht aan Recip-e in Brussel. Hiervan heb ik een verslag geschreven en screenshots gemaakt van de demo. We hebben deze in de thesis opgenomen in de sectie ‘praktische implicaties’. Bij de open vragen heb ik de verworven kwalitatieve data axiaal geordend en vervolgens besproken.

In de andere delen van de inleiding, literatuurstudie, methodologie hebben we een gelijke inbreng gehad. De delen over de resultaten, discussie en conclusie hebben we volledig samen geschreven. Het verdelen van een groepswerk is niet gemakkelijk omdat er vaak één iemand het voortouw neemt. In onze thesis ben ik zeer tevreden over de gelijke verdeling van bijna ieder onderdeel. Lucas en ik waren beiden bereid om tijd te investeren om een kwaliteitsvol eindwerk af te leveren.

Deze thesis is belangrijk voor het werkveld omdat het precies de pijnpunten toont in de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Het voorschrift dat eerder gebruikt wordt als ticket voor kinesitherapie is een ideale gelegenheid voor een huisarts om de reden van verwijzing aan te geven en klinische inlichtingen mee te geven. Het was ook zeker een meerwaarde omdat ik tijdens het verwijzen van een patiënt naar een kinesitherapeut langer stil stond. Tijdens het proces merkten Lucas en ik ook positieve reacties van kinesitherapeuten bij het opstellen van een verwijsbrief naast het kinesitherapeutisch voorschrift. Ook Recip-e toonde interesse in de bevindingen van de masterthesis. De data kunnen helpen bij het uitschrijven van het protocol hoe een elektronische verwijzing eruit moet zien en die beantwoordt aan de noden van zowel huisartsen als kinesitherapeuten.

10 Referenties

1. Johanns S, Leuven KU. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts. 2014;
2. Nathalie S, Prof P, Peter V. Communicatie huisarts en kinesitherapeut : hoe kan het beter ? 2016;
3. Morris L, Moule P, Pearson J, Foster D, Walsh N. Patient view of the advanced practitioner (AP) role in primary care: A realist-informed synthesis. Musculoskeletal Care. 2021;(December 2020).
4. Canadian Physiotherapy Association. Role of Physiotherapy in Primary Health Care. 2015;(November):2. Available from: http://www.physiotherapy.ca/Advocacy/Legislation/The-Value-of-Physiotherapy
5. Carr J. Re: Patient referral and the physiotherapist: Three decades later. J Physiother. 2011;57(1):63.
6. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review. J Physiother [Internet]. 2012;58(2):77–87. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5
7. Reinders ME, Ryan BL, Blankenstein AH, Van Der Horst HE, Stewart MA, Van Marwijk HWJ. The effect of patient feedback on physicians' consultation skills: A systematic review. Acad Med. 2011;86(11):1426–36.
8. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams M V, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007 Feb;297(8):831–41.
9. Ramanayake RPJC. Structured printed referral letter (form letter); saves time and improves communication. J Fam Med Prim care. 2013 Apr;2(2):145–8.
10. Wouters Katrijn. HET KINESITHERAPIE VOORSCHRIFT ALS COMMUNICATIEMIDDEL TUSSEN ARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN: HOE KAN HET BETER? EEN PILOT STUDY. KUL; 2013.
11. Lucas L. Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. K.U. Leuven; 2018.
12. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. Fam Pract. 2003 Oct;20(5):578–82.
13. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, et al. The impact of ehealth on the quality and safety of health care: A systematic overview. PLoS Med. 2011;8(1):1–16.
14. Lee K, Sheppard L. An investigation into medical students' knowledge and perception of physiotherapy services. Aust J Physiother. 1998;44(4):239–45.
15. FOD B, Volksgezondheid V van de V en L. Beroeps- en Competentieprofiel van de kinesitherapeut in België. Natl Raad voor Kinesither.
16. Medica D. Eerste lijn. https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kringen/eerste-lijn-1.
17. R.I.Z.I.V. Tarieven ; Kinesitherapeuten ; 01-07-2021. Overeenkomstig. 2021;
18. NHG KNGF. NHG/KNGF-richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Nictiz. 2013;
19. Michael North. Translation of the Oath of Hippocrates. Natl Libr Med [Internet]. 2002;Translatio. Available from: https://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html
20. BALTHAZAR T. Het gedeeld beroepsgeheim is geen uitgesmeerd beroepsgeheim. Tijdschr voor Gezondheidsr. 139–146.
21. CODE VAN MEDISCHE DEONTOLOGIE. Natl raad van orde der artsen. 2019;
22. Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. WUG. 2015;
23. Lieven Wostyn, Ralph Pacqueu RD. Overhandigen van medische gegevens. Orde Der Artsen. 2021;I.1 EN I.3:13–5; 29–46.
24. Wohlin C. Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. ACM Int Conf Proceeding Ser. 2014 May 13;
25. Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. J R Coll Gen Pract [Internet]. 1989 Sep;39(326):375–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2558189
26. NHG-Publicatie automatisering uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut NHG / KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie- uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.
27. Bea Vermeyen DV. LOK Het kinesitherapievoorschrift. Domus Medica vzw – WVVK vzw. 2003;
28. Bea Vermeyen DV. LOK Communicatie arts – kinesitherapeut. Wet Ver van Vlaam Huisartsen vzw Wet Ver van Vlaam Kinesither vzw. 2004;
29. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2015 May 18 [cited 2021 Jun 5];16(03):304–8. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423614000103

30. Okwera A, May S. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis—a qualitative study. Physiother Theory Pract [Internet]. 2019 Oct 3;35(10):940–6. Available from: https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1459987
31. Breen A, Carrington M, Collier R, Vogel S. Communication between general and manipulative practitioners: a survey. Complement Ther Med. 2000 Mar;8(1):8–14.
32. Weng L-J. Impact of the Number of Response Categories and Anchor Labels on Coefficient Alpha and Test-Retest Reliability. Educ Psychol Meas. 2004 Dec 1;64:956.
33. Paul A. Harris, Robert Taylor, Robert Thielke, Jonathon Payne, Nathaniel Gonzalez JGC. Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, J Biomed Inform. 2009.
34. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977 Mar;33(1):159–74.
35. Shabankhani B. Assessing the inter-rater reliability for nominal, categorical and ordinal data in medical sciences. Arch Pharm Pract. 2020;
36. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp. 2019.
37. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. Fam Med. 2005 May;37(5):360–3.
38. Harvey N. A Simple Guide to Inter-rater, Intra-rater and Test-retest Reliability for Animal Behaviour Studies. 2021.
39. Sim J, Wright CC. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. Phys Ther. 2005 Mar;85(3):257–68.
40. Monroe, Martha C. DCA. Increasing Response Rates to Web-Based Surveys. J Ext [Internet]. 2012;Volume 50. Available from: https://archives.joe.org/joe/2012december/tt7.php?fbclid=IwAR2l_-CPKKz-UbYVlIFQht0NMJJB2mHeLqD27YurGleSX7TdUgiDrcjWsX4
41. Jaarverslag AXXON, Kwaliteit in Kinesitherapie. 2018;
42. Jouck P, Miermans P-J, Durand C, Vivet V, Delvaux A, Mahieu T, et al. Evolutie van de workforce kinesitherapeuten 2016 - 2041 Resultaten van het basisscenario. Cel Plan van het Aanbod van Gezondheidszorgberoepen D Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening DG Gezondheidszorg FOD Volksgezond Veiligh van Voedselketen en Leefmilieu. 2016;
43. Reiner P. Patiënt gerichte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut? beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting. ICHO. 2014;
44. Okwera MSc ABs, May Grad Dip Physiotherapy, FCSP, MSc, PhD SMA. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis-a qualitative study. Physiother Theory Pract. 2019 Oct;35(10):940–6.
45. Calzone KA, Culp S, Jenkins J, Caskey S, Edwards PB, Fuchs MA, et al. Test-Retest Reliability of the Genetics and Genomics in Nursing Practice Survey Instrument. J Nurs Meas [Internet]. 2016;24(1):54–68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27103245
46. Johansen C. Pre-test and test-retest of a questionnaire assessing energy balance-related behaviors and their determinants among Norwegian adolescents. Univ OSLO. 2020;
47. Pols J, Bosveld H. Beoordelaarsbetrouwbaarheid (niet) meten met behulp van Cohens kappa? Tijdschr Voor Med Onderwijs. 2003 Oct 1;22:31.
48. Aantal huisartsarme gemeentes blijft toenemen. zorg-en-gezondheid.be. 2019;