Communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten: een onderzoek aan de hand van een gevalideerde vragenlijst

Lore Meuleman, Universiteit Gent

Emmeline Deloddere, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Pascal Coorevits, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Diëgo Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 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.

Voorwoord

Allereerst willen we graag enkele personen bedanken voor hun begeleiding en feedback, die bijgedragen hebben aan het tot stand brengen van deze masterproef: Onze promotor Prof. Dr. Pascal Coorevits en co-promotor Dr. Diego Schrans. Verder bedanken wij ook graag de praktijkopleiders uit onze eerste opleidingspraktijken, namelijk Dr. Filip Parmentier en Dr. Valerie Vansteenbrugge. Zij hebben onze interesse in dit onderwerp aangewakkerd en ons op het juiste spoor gezet bij het aanvatten van ons onderzoek.

Een team dat we allerminst mogen vergeten in dit dankwoord is het REDCap-team van de Universiteit Gent. Op al onze vragen kregen wij telkens vlot een antwoord. Zonder hen was het niet gelukt om onze vragenlijst uit te sturen en correct data te verzamelen. Deze data hadden we ook allerminst verkregen zonder de deelnemers aan ons onderzoek. Wij willen dan ook uitdrukkelijk onze dank betuigen aan de verschillende experten en huisartsen die deelnamen aan onze studie.

Ten slotte kijken we met plezier terug op de samenwerking met collega-HAIO Elisa Dominicus.

Inhoudsopgave

Abstract 1
1. Inleiding 2
2. Doelstelling 3
3. Methodologie 4
3.1 Literatuurstudie vragenlijst 4
3.1.1 Quaternaire bronnen 4
3.1.2 Tertiaire bronnen 5
3.1.3 Secundaire bronnen 6
3.1.4 Primaire bronnen 6
3.2 Literatuurstudie validiteit en betrouwbaarheid 9
4. Kwalitatief onderzoek 10
4.1 Opbouw vragenlijst 10
4.2 Validiteit 10
4.2.1 Types validiteit 10
4.2.2 Validiteitsstudie 11
4.3 Betrouwbaarheid 12
4.3.1 Methode 12
4.3.2 Test-retest reliability 12
5. Statistische analyse 13
5.1 Socio-demografische gegevens 13
5.1 Intervalschaal 14
5.2.1 Resultaten 16
5.3 Nominale variabelen 21
5.3.1 Resultaten 21
6. Discussie 22
6.1 Bias 22
6.2 Interpretatie Wilcoxon gepaarde test 22
6.3 Interpretatie ICC 23
6.4 Interpretatie SEM 23
6.5 Interpretatie Cohen’s Kappa 24
6.6 Vergelijking met voorgaande masterproeven 24
6.7 Limitaties 24
6.8 Aanbeveling naar toekomstig onderzoek 25

7. Conclusie 26
8. Afkortingenlijst 27
9. Referentielijst 28
10. Bijlagen 30
10.1 Vragenlijst 30
10.2 Ethisch Comité 39
10.2.1 Goedgekeurd protocol 39
10.2.2 Gunstige adviezen 48
10.3 Reflectie samenwerking 51

Abstract

Doelstelling

Een goede en efficiënte communicatie tussen eerstelijnszorgverleners is cruciaal om patiëntenzorg van hoge kwaliteit te kunnen verlenen. Het opzet van deze masterproef bestaat erin een beeld te krijgen van de kwaliteit van de huidige communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten in privépraktijken binnen de eerstelijnszorg. Het doel van deze masterproef was dan ook het ontwikkelen van een methodologisch correcte vragenlijst, die in de toekomst gebruikt kan worden als instrument om de tevredenheid over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten na te gaan en meer bepaald de nood aan een kinesitherapeutisch verslag.

Methodologie

Initieel werd een oriënterende literatuurstudie uitgevoerd. Hierbij werd gezocht naar artikels die handelen over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten, alsook over interprofessionele samenwerking in het algemeen. Op basis van de geconsulteerde literatuur werd een eerste versie van de vragenlijst gevormd. In tweede tijd werd een literatuurstudie uitgevoerd met betrekking tot het uitvoeren van de validiteits- en betrouwbaarheidsstudie.

De validiteitsstudie werd gebaseerd op de Delphi-methode. Er werd hiervoor een panel van 5 experts geraadpleegd tijdens 3 overlegmomenten. De gevalideerde vragenlijst werd vervolgens opgesteld in REDCap. Om de betrouwbaarheid na te gaan, vulden 18 huisartsen de gevalideerde vragenlijst tweemaal anoniem in met een tussenperiode van gemiddeld 9 dagen. Dit gebeurde eveneens via REDCap. De steekproef werd bekomen na het aanschrijven van 16 huisartsenkringen, verspreid over Vlaanderen. De betrouwbaarheidsstudie gebeurde door toepassing van de intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC), de standard error of measurement (SEM), de Wilcoxon gepaarde test en de Cohen's kappa-coëfficiënt.

Resultaten

Na statistische analyse werden de vragen op basis van een Likert-schaal (31 vragen in totaal) ingedeeld als vragen met een 'goede betrouwbaarheid' (16 vragen), 'twijfelachtige betrouwbaarheid' (9 vragen) en 'slechte betrouwbaarheid' (6 vragen). Voor de nominale variabelen bestond voor 2 vragen een redelijke, voor 4 vragen een matige en voor 1 vraag een substantiële overeenkomst tussen het antwoord op invulmoment 1 en 2.

Conclusie

Binnen het onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten is deze masterproef een eerste in zijn soort. Er worden echter nog verschillende tekortkomingen opgetekend: zo werd de validiteitsstudie niet anoniem uitgevoerd en werd voor de betrouwbaarheidsstudie gebruik gemaakt van een relatief kleine, homogene steekproef. Verder onderzoek is dan ook aangewezen om de huidige tekortkomingen aan de vragenlijst weg te werken.

Gezien het merendeel van de vragen als 'goed' weerhouden wordt, concluderen we dat er een stap vooruit is gezet richting een valide en betrouwbaar meetinstrument om in de toekomst de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten beter te onderzoeken. Op zoek gaan naar het mogelijke probleem is een eerste stap richting een oplossing en het verder verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in de (eerstelijns)gezondheidszorg.

1. Inleiding

Een goede en efficiënte communicatie tussen eerstelijnszorgverleners is cruciaal om patiëntenzorg van hoge kwaliteit te verlenen. Beiden koesteren we een bijzondere interesse voor het bewegingsstelsel en sportgerelateerde pathologie. Zo doorliepen we de opleiding tot sportarts en volgen we momenteel een extra vorming manuele therapie. Vanuit deze interesse zijn we dan ook enorm gemotiveerd om te streven naar een goede samenwerking met kinesitherapeuten, om op die manier tot een kwaliteitsvolle begeleiding te komen van onze patiënten.

De kinesitherapeut is een belangrijke expert, wat betreft locomotorische problemen, waar de huisarts frequent naar verwijst. Deze verwijzing verloopt voornamelijk via het kinesitherapeutisch voorschrift, dat dient te beantwoorden aan een aantal wettelijke bepalingen. De verplichte informatie is met de aanwezigheid van een naam, diagnose, lokalisatie, aantal beurten en datum echter eerder beperkt. Iets wat vooral door kinesitherapeuten met momenten wordt gehekeld.
De mogelijkheid bestaat om extra informatie toe te voegen, zoals medische voorgeschiedenis, genomen medicatie of protocollen van medische beeldvorming. In de praktijk hebben we dit tot op heden echter nog maar zelden zien gebeuren. Bovendien merken we ook op dat kinesitherapeuten geen toegang hebben tot verslagen van onderzoeken of brieven van specialisten (vb. orthopedist, fysische geneeskunde) door middel van het platform CoZo. Dit in tegenstelling tot andere artsen die hier wel toegang tot hebben, mits toestemming van de patiënt.

Verder stelden we zelf meermaals vast dat de communicatie in het werkveld toch vaak stroef verloopt en meestal ook slechts in één richting gebeurt: van arts naar kinesitherapeut. Dit staat in schril contrast met de communicatie tussen huisartsen en arts-specialisten die vanzelfsprekender aanvoelt. Terwijl we bij een gezamenlijk traject met de kinesitherapeut toch ook graag een verslag zouden zien om het verhaal van onze patiënt verder op te volgen. Waarom is het zo moeilijk om een dergelijke communicatieve relatie op te bouwen tussen huisartsen en kinesitherapeuten? We vroegen ons dan ook af of de huidige vorm van communicatie nog aan de verwachtingen van de Vlaamse huisartsen voldoet en waar er ruimte wordt gezien voor verbetering.

2. Doelstelling

Allereerst is het een onderwerp dat in het verleden reeds meermaals aan bod kwam in verschillende masterproeven. Aanvankelijk hadden wij het doel en de motivatie verder te bouwen op eerdere onderzoeksresultaten en bevindingen, zodat voorstellen kunnen uitgewerkt worden om de interprofessionele communicatie te verbeteren. Bij het doorlezen van de literatuur, waaronder voorgaande masterproeven, stelden we echter vast dat de kwaliteit van de onderzoeksplannen en de bekomen resultaten onvoldoende toereikend waren als fundering voor onze studieopzet. Back from scratch dus.

Deze masterproef tracht een vragenlijst te ontwikkelen om een beeld te verkrijgen over de kwaliteit van de huidige communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten, werkzaam in privépraktijken binnen de eerstelijnszorg. Verschillende belangrijke vragen hielden ons bezig bij het opzetten van deze kwalitatieve studie. Is de communicatie wel degelijk slecht? Wat zijn de noden binnen deze communicatie? Waar bevinden zich de pijnpunten en barrières? Welke communicatiemiddelen worden bij voorkeur gebruikt? Waar is er opening tot verbetering?

In tegenstelling tot voorgaande onderzoeken, tracht deze masterproef een vragenlijst op te stellen die methodologisch correct is. Dit betekent dat zowel de validiteit als betrouwbaarheid geverifieerd dienen te worden. Via deze werkwijze tracht dit onderzoek een vragenlijst te creëren die in de toekomst inzetbaar is om resultaten te verkrijgen, die extrapoleerbaar zijn naar een grotere populatie. Deze resultaten kunnen dan als basis dienen om conclusies te vormen met betrekking tot de communicatie tussen beide beroepsgroepen.

Bij het schrijven van deze masterproef werd samengewerkt met collega-HAIO Elisa Dominicus. Zij zette een onderzoek op volgens een gelijkaardig protocol dat kijkt naar de communicatie in de tegenovergestelde richting, namelijk van kinesitherapeut naar huisarts. Door gelijklopende vragenlijsten te creëren, hopen we in de toekomst tot een completer beeld van de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten te komen.

3. Methodologie

3.1 Literatuurstudie vragenlijst

In de voorbereiding van het eigen kwalitatief onderzoek werd een literatuurstudie verricht. Hierbij werd vooral nagegaan of er reeds onderzoek werd gedaan naar de communicatie tussen beide beroepsgroepen. Gezien de schaarste aan artikels over deze specifieke communicatie werd ook gezocht naar artikels die handelen over de interprofessionele communicatie in het algemeen. Hierbij werd gebruik gemaakt van zowel quaternaire, tertiaire, secundaire als primaire bronnen. Aansluitend werd ook de grijze literatuur geraadpleegd. De resultaten werden vervolgens geëvalueerd op relevantie en beschikbaarheid van de artikels.

3.1.1 Quaternaire bronnen

Onder quaternaire bronnen verstaan we onder andere de richtlijnen die uitgebracht werden door NHG en Domus Medica.

In 2012 publiceerde **NHG** een richtlijn over het verloop van de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Een equivalent hiervan op Belgisch of Vlaamse niveau bestaat tot op heden niet. De richtlijn werd in 2012 opgesteld en biedt een houvast voor een gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisartsen en kinesitherapeuten. En dit in beide richtingen. Er worden voorstellen gedaan in verband met inhoud en timing. Zo wordt er voorgesteld te werken volgens een driedeling:

- Envelop: administratie, logistiek
- Kern: relevante info over de patiënt (vraagstelling, reden verwijzing, anamnese, klinisch onderzoek, relevante comorbiditeiten, reeds ingestelde of nog geplande behandeling, hoe de verwijzing besproken werd met de patiënt, voorstel voor verdere samenwerking)
- Bijlage: medicatie, aanvullend onderzoek (EMG, beeldvorming, etc.), eventuele specialist die mee opvolgt, levensstijl, usus, familieanamnese, psychosociaal, rolstoelgebruik, etc.

Hoe deze richtlijn tot stand gekomen is, wordt niet verduidelijkt (1).

Bij vergelijking met de ‘Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist’, valt op dat de driedeling anders benoemd wordt:

- Envelop: bevat ook hier de administratieve en logistieke informatie
- Kern: relevantste overdrachtsinformatie
- Dossiersamenvatting: beeld geven van de patiënt zoals de zorgverlener dat heeft bij de overdracht

Er wordt gevraagd aan de verwijzer een update te sturen naar de specialist, indien nieuwe elementen bekend zijn (vb. laboresultaat, beeldvorming). Van de specialisten wordt gevraagd een duidelijke taakverdeling te beschrijven bij de opvolging van de patiënt (2).

In 2004 werd vanuit **Domus Medica** een handleiding gepubliceerd die hanteerbaar is bij het modereren van een LOK-vergadering omtrent de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Hierbij is het de bedoeling om de bestaande communicatie te bespreken, zodat op een constructieve manier overlegd wordt over hoe de communicatie het optimaalst tot stand komt. In de inleiding wordt vermeld dat er geen norm bestaat voor een ‘goed’ verslag van of naar de kinesitherapeut (3).

3.1.2 Tertiaire bronnen

Binnen de tertiaire bronnen werd gebruik gemaakt van de archieven van het tijdschrift 'Huisarts Nu' en het 'Tijdschrift voor Geneeskunde België'. Hierbij werd gezocht onder de zoektermen 'communicatie', 'kinesist', 'kinesitherapie' en 'interprofessioneel'. Eveneens werden de verschillende edities van het ledentijdschrift van Axxon doorzocht. Gezien het ontbreken van een zoekmachine voor Axxon, werd het archief gescreend op basis van de inhoudstabel van de beschikbare magazines.

In het '**Tijdschrift voor Geneeskunde'** verscheen een studie uit 2015, waarin een doeltreffende communicatie werd beschreven als een sleutelelement in de samenwerking tussen zorgverleners. Het artikel focust op de communicatie tussen huisartsen en arts-specialisten. Verschillende negatieve consequenties werden als gevolg van een suboptimale communicatie weerhouden: een verminderde kwaliteit van zorg, het voorkomen van een hogere morbiditeit/mortaliteit en een toename van de gezondheidskosten. Er werd geconcludeerd dat een goede communicatie moet voldoen aan diverse criteria met betrekking tot timing, vormvereisten en inhoud. De huisarts heeft hierin een rol als informatiemanager. Uit studies blijkt dat uitwisseling van informatie tussen zorgverleners completer en correcter verloopt in vergelijking met informatie die via de patiënt zelf of diens omgeving wordt uitgewisseld. Verder werd geopperd dat telefonisch contact een meerwaarde biedt om snel informatie uit te wisselen en/of complexe medische casussen te bespreken. Het kan eveneens helpen om respect en eensgezindheid op te bouwen tussen de verschillende zorgverleners. Finaal werd in het artikel ook een voorstel gedaan met betrekking tot de verschillende elementen die een verwijsbrief, van huisarts naar specialist, minstens moet bevatten:

- Administratieve gegevens
- Reden van verwijzing, verwachtingspatroon
- Relevante comorbiditeiten
- Ingestelde behandeling, wat is reeds besproken met de patiënt
- Procedurevoorstel

Dit is gelijkaardig aan de Nederlandse richtlijn voor communicatie tussen huisartsen en arts-specialisten (zie 3.1.1 Quaternaire bronnen). Een voorstel in verband met de communicatie en verwijzing naar kinesitherapeuten kwam niet aan bod in deze studie (4).

In de archieven van '**Huisarts Nu**' werd een opiniestuk teruggevonden van Nicole Timmerman, voorzitter van de Werkgroep Directe Toegang Kinesitherapie en Federale Raad voor Kinesitherapie. Hierin wordt gesteld dat de arts de centrale rol van zorgcoördinator behoudt en wordt het belang van een goede communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut benadrukt. Hiervoor geldt de mogelijkheid van directe toegang tot de kinesitherapeut. Verslaggeving ziet ze bij voorkeur gebeuren via het eHealth-platform, waarop ook het kinesitherapeutisch dossier beveiligd wordt opgeslagen (5).

Via het archief van **Axxon** vinden we één artikel dat een samenvatting geeft van een masterproef met volgend onderwerp: 'Het voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Wat zijn de meest voorkomende fouten bij de opstelling van het kinesitherapeutisch voorschrift door huisartsen en hoe kunnen we deze in de toekomst beperken?'. Dit onderzoek focust op het al dan niet correct zijn van een kinesitherapeutisch voorschrift en hoe ervoor te zorgen dat de verplichte velden ingevuld worden. Er werd in deze studie geen onderzoek gedaan naar het communicatieve aspect tussen beide beroepsgroepen (6).

3.1.3 Secundaire bronnen

Tijdens het doorlopen van de literatuurstudie werden ook **voorgaande masterproeven** geraadpleegd. Verschillende scripties deden onderzoek naar de communicatie aan de hand van een vragenlijst. Zoals eerder vermeld, werden deze vragenlijsten nooit onderworpen aan een methodologische studie waarbij de validiteit en betrouwbaarheid worden nagegaan. Het is dan ook weinig opportuun om voort te bouwen op de resultaten en conclusies uit deze masterproeven (7–10).

In 2009 werd in een masterproef onderzoek gedaan naar het kinesitherapeutisch voorschrift. Dit onderzoek analyseerde 266 kinesitherapie voorschriften met focus op inhoud en volledigheid. Hieruit bleek dat 92,1% van de voorschriften volledig was ingevuld. Er volgde een semigestructureerd interview met 10 kinesisten, waarin aangegeven werd dat het voorschrift tekortkomingen heeft (11).

Verder blijkt uit een studie van 2018 dat huisartsen niet altijd even goed op de hoogte zijn van welke onderzoeken en behandelingen een kinesitherapeut aanbiedt. Uit het onderzoek bleek dat meer dan helft van de bevraagde huisartsen de optie van een kinesitherapeutisch consultatief onderzoek niet kent (12).

In de **Cochrane database** werd gezocht op ‘communication’. Dit leverde 362 artikels op. Op basis van de titel werden 11 artikels weerhouden. Na lezen van de abstracts bleef 1 relevant artikel over.

In een studie uit 2017 werd onderzoek gedaan naar interventies om tot een betere interprofessionele samenwerking te komen. Er werden 9 randomized controlled trials geïncludeerd. De RCT’s werden uitgevoerd in hoge inkomenslanden, waaronder ook België. Een echte conclusie werd niet bekomen, gezien de lage kwaliteit van de geïncludeerde studies. De studie benoemt wel nogmaals dat er bij interprofessionele samenwerking vaak moeilijkheden ervaren worden en het hoopgevend is dat hier onderzoek naar gedaan wordt (13).

Bij het doorzoeken van **PEDro**, werden geen relevante artikels gevonden bij het zoeken op de term ‘communication’.

3.1.4 Primaire bronnen

Om primaire bronnen te raadplegen werd gebruik gemaakt van verschillende wetenschappelijke databases zoals pubmed en google scholar. Volgende zoektermen werden gebruikt: ‘communication’, ‘physiotherapist’, ‘general physician’, ‘quality’, ‘interprofessional’, ‘interdisciplinary’. Al snel werd het duidelijk dat de primair bestaande studies en literatuur eerder schaars zijn. Ook was nog niet eerder een vragenlijst gevormd om op een wetenschappelijk gevalideerde manier te peilen naar de kwaliteit van communicatie. Er werden in totaal 37 artikels gevonden, waar finaal 6 artikels van weerhouden werden op basis van titel en abstract.

Pubmed

Een studie gepubliceerd in 2015 benadrukt nogmaals dat een effectieve manier van communiceren tussen verschillende eerstelijnswerkers algemeen van cruciaal belang is om een gezondheidszorgsysteem te behouden van hoge kwaliteit. Wanneer de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten bekeken wordt, bestaat er momenteel echter weinig consensus over de noodzakelijke elementen om van een optimale communicatie te spreken. In de Australische studie werd, door middel van interviews met 7 kinesitherapeuten en 7 huisartsen, onderzocht welke noden er bestaan met betrekking tot de communicatie. De huisartsen gaven aan volgende zaken graag terug

te zien in de feedback van de kinesitherapeut: een tentatieve diagnose, een samenvatting van de behandeling op heden, het doel van de revalidatie, op welke periode dit bereikt kan worden en de relevantie van de kinesitherapeutische behandeling volgens de kinesitherapeut zelf. De kinesitherapeuten gaven aan volgende zaken waardevol te vinden: een beschrijving van de bevindingen bij klinisch onderzoek met een objectieve maat van de pijn en de mate van mobiliteit en beperking (ROM). Deze informatie wordt als meer waardevol gezien dan het ontvangen van enkel een diagnose, die mogelijks ook nog foutief is. Relevante voorgeschiedenis en de tijd waarbinnen follow-up nodig is, vormen eveneens belangrijke punten. Beide partijen gaven verder aan meer communicatie te wensen over psychosociale problemen en de respons op kinesitherapie bij voorgaande blessures. Wat de communicatievorm betreft, verkiezen de huisartsen en kinesitherapeuten meer geschreven communicatie in plaats van telefonisch contact. En dit bij voorkeur in telegramstijl, beknopt en overzichtelijk (14).

In een artikel uit 2015 beschrijft de onderzoeker de moeilijkheden die pas afgestudeerde farmacie-, verpleegkunde- en geneeskunde studenten ervaren bij interprofessionele samenwerking. Verschillende disciplines kunnen andere doelen hebben. Het is belangrijk te begrijpen wat de andere zorgverlener doet en welke doelen deze stelt, om samen tot een patiënt georiënteerd plan te komen (15).

Onderzoek uit 2018, over de interprofessionele samenwerking tijdens revalidatie, komt tot een gelijkaardige conclusie. De onderzoekers tonen immers aan dat een duidelijke rollenverdeling belangrijk is in een team. Discrepantie in de gebruikte technologie en verschil in perceptie van wie welke rol opneemt, zijn struikelblokken voor een goede interprofessionele samenwerking (16).

Google scholar

Een artikel uit 2018 beschrijft hoe interdisciplinaire miscommunicatie ervoor kan zorgen dat de patiënt zich verloren voelt tussen de zorgverleners en dit kan leiden tot ontevredenheid bij de patiënt. Er werd onderzocht welke oorzaken aan de basis liggen van miscommunicatie, wat de verwachtingen van de patiënt zijn en hoe de kans op miscommunicatie kan dalen.

Onderstaande tabel uit het artikel lijst de remmende en faciliterende factoren op bij interprofessionele communicatie.

Interprofessional communication barriers	Interprofessional communication facilitators
Professional preconceptions	Clinical companionship
Scheduling and time restrictions	Professional mentoring
Facilities	Online learning modules
Professional attitudes	Virtual simulation training
Hierarchical structure	Expert patient programmes
Lack of confidence/fear of humiliation	Shared decision-making
Undervalued opinions	Cultural humility training
Lack of experience	Interprofessional case studies and simulations
Distracting nature of healthcare settings	Conflict resolution training
Lack of structure and standardization of care	Social media

Figuur 1: Barrières en faciliterende factoren bij het tot stand komen van interprofessionele communicatie (17).

Finaal concludeert het artikel dat goede interprofessionele communicatie noodzakelijk is, maar er nog tekort is aan onderzoek naar de implementatie en evaluatie van het effect hiervan (17).

Daarnaast bevestigd een studie uit 1989 bevestigde reeds de gebrekkige communicatie tussen eerstelijnszorgverleners. Het betreft een kleine studie, waarbij zowel huisartsen als kinesitherapeuten werden bevraagd aan de hand van een vragenlijst. Het onderzoek bevroeg de kwaliteit van de inhoud van het kinesitherapeutisch voorschrift, alsook naar de inhoud van de feedback van de kinesitherapeut. Beide beroepsgroepen waren slechts in beperkte mate tevreden met de ontvangen informatie. Een belangrijk struikelblok hierbij was het ontbreken van een duidelijke omlijning van de noden binnen deze communicatie. De studie concludeerde dat onderzoek naar deze noden kan dienen om geschikte formulieren op te stellen in kader van verwijzing van een patiënt of het geven van feedback na een uitgevoerde behandeling (18).

Ten slotte onderzocht een studie uit 2003 de dynamiek bij verwijzing van de huisarts naar de kinesitherapeut aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De onderzoekers concludeerden dat een betere en directe communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut kan leiden tot minder onterechte verwijzingen en een beter management van chronische patiënten. Verschillende

huisartsen waren van mening dat ze te weinig feedback kregen over de terechtheid van de verwijzingen. Daarnaast concluderen de onderzoekers dat het verkrijgen van een eindverslag op het einde van de therapie een grote invloed heeft op het toekomstig verwijsgedrag van de huisartsen. Verder gaf een groot deel van de huisartsen ook aan weinig kennis te bezitten over de exacte aard van kinesitherapeutische interventies en dit als een struikelblok te ervaren bij het verwijzen. Het is echter van belang in acht te nemen dat het om een relatief kleine steekproef gaat binnen deze studie. Voorzichtigheid is dus geboden bij het veralgemenen van de resultaten en conclusies naar een grotere populatie (19).

3.2 Literatuurstudie validiteit en betrouwbaarheid

Bij het controleren van de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst werd gezocht naar gelijkaardige onderzoeken die een validiteitsstudie en betrouwbaarheidsstudie doorliepen, alsook artikels die mogelijke methoden weergaven om dit te doen. Hiervoor werd voornamelijk beroep gedaan op google scholar en pubmed. Volgende zoektermen werden hiervoor gebruikt: ‘qualitative study’, ‘validity’, ‘reliability’, ‘testing methods’, ‘questionnaire’. Nadien werd er verder vernauwd op ‘delphi method’, ‘test-retest reliability’, ‘statistical analysis’, ‘ICC’ en ’SEM’. De artikels werden geselecteerd op basis van de titel en de inhoud van de abstract.

4. Kwalitatief onderzoek

4.1 Opbouw vragenlijst

Op basis van de geconsulteerde literatuur werd een eerste versie van de vragenlijst gevormd. Door het lezen van de diverse onderzoeken werden cruciale onderdelen binnen de communicatie gedestilleerd, waarrond de vragen werden geformuleerd. Finaal kon de initiële vragenlijst opgedeeld worden in 4 grote onderdelen: de (gewenste) frequentie van communicatie, de inhoud van het kinesitherapeutisch verslag, ervaren barrières bij het communiceren en een socio-demografische bevraging. Vragen omtrent het kinesitherapeutisch voorschrift werden in deze masterproef buiten beschouwing gelaten.

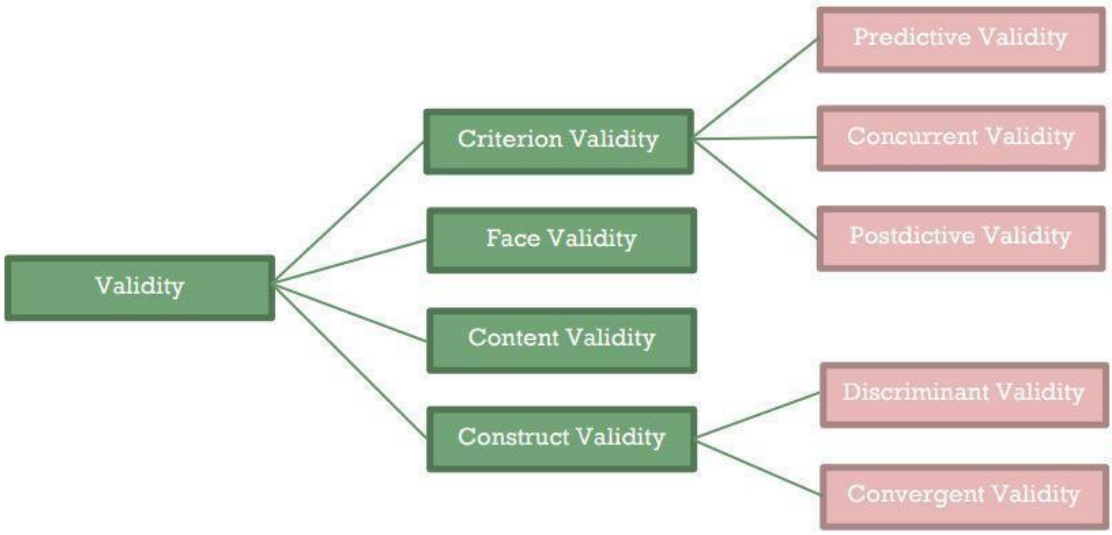
Het merendeel van de vragen werd opgesteld volgens de 5 point likert-schaal. De likert-schaal werd in 1932 ontwikkeld om gedrag of een visie meetbaar te maken op een wetenschappelijk geaccepteerde manier. Er wordt de participanten gevraagd om te tonen in welke mate ze akkoord gaan met een bepaalde stelling op basis van een metrische schaal. Hierdoor wordt het in tweede tijd ook makkelijker om de bekomen data statistisch te analyseren.

Voor deze vragenlijst werd er gekozen voor de 5 point likert-schaal in plaats van de 7 of 10 point likert-schaal. Deze laatste zouden betere resultaten opleveren gezien er meer opties zijn en dit een hogere kans geeft om de objectieve realiteit weer te geven. Studies toonden aan dat de betrouwbaarheid toeneemt naarmate het aantal opties toeneemt. Verder resulteren deze schalen ook in betere correlaties bij het gebruik van de T-test. Anderzijds wordt het moeilijker voor het menselijk geheugen om nog onderscheid te maken tussen de verschillende opties waardoor de accuraatheid van de antwoorden afneemt. Hierdoor werd er gekozen voor de 5 point likert-schaal, waarbij het voor de participanten makkelijker is om de aandacht te behouden bij het invullen van de vragenlijst. Dit verhoogt mogelijk de respons op de vragenlijst (20,21).

4.2 Validiteit

4.2.1 Types validiteit

Om tot een methodologisch correcte vragenlijst te komen, werd in een eerste fase overgegaan tot een controle van de validiteit. Hierbij wordt nagegaan of de vragenlijst wel degelijk meet wat de studie tracht te onderzoeken. Er werden in de literatuur reeds verschillende soorten validiteit beschreven. Globaal wordt er een onderscheid gemaakt tussen indruksvaliditeit (face validity), inhoudsvaliditeit (content validity), criteriumvaliditeit (criterion validity) en construct validiteit (construct validity).



Figuur 2: Grafische presentatie van de subtypes van de verschillende soorten van validiteit testing (22).

Wanneer een individu, die tevens een expert is in de te onderzoeken materie, de vragenlijst bekijkt en er met één blik mee akkoord gaat dat het een valide meetinstrument betreft, resulteert dit in Indruksvaliditeit. Er wordt geëvalueerd of de verschillende items overeenstemmen met het te onderzoeken onderwerp. Ondanks het frequente gebruik van deze methode, hechten onderzoekers weinig belang aan deze manier van testing.

Inhoudsvaliditeit maakt eveneens gebruik van experten. Er wordt nagegaan of alle dimensies van het te onderzoeken concept aan bod komen in de vragenlijst. Veelal gebeurt dit door een rationele analyse van de vragenlijst door verschillende experten. Hierbij worden de verschillende vragen beoordeeld volgens leesbaarheid, duidelijkheid en volledigheid om zo tot een finale vragenlijst te komen.

Criteriumvaliditeit wordt beoordeeld wanneer de relatie tussen de vragenlijst en een extern criterium bekeken wordt. Zo kan men de ontwikkelde vragenlijst gaan vergelijken met een reeds bestaande standaard. Anderzijds kan men ook nagaan in welke mate de vragenlijst toekomstige gebeurtenissen, gedrag of attitudes kan gaan voorspellen.

Als laatste bestaat nog de constructvaliditeit, waarbij wordt nagegaan of de verschillende deelaspecten het volledige begrip dekken. Er wordt geen gebruik gemaakt van een bepaald criterium ter vergelijking. Men zal eerder kijken naar de overeenkomst tussen de specifieke metingen en een theoretisch concept (22,23).

4.2.2 Validiteitsstudie

In kader van deze studie werd gekozen voor de beoordeling van de inhoudsvaliditeit. De toegepaste validiteitsstudie werd gebaseerd op de Delphi-methode. De Delphi-methode wordt aanzien als een techniek om tot een betrouwbare consensus te komen, wat betreft de opinie van diverse experten rond een specifiek onderwerp. Meer concreet wordt de vragenlijst onderworpen aan het kritische oog van een groep experten, tijdens verschillende overlegmomenten. Hierbij wordt na elk overlegmoment gestructureerd feedback gegeven aan de experten, waarop in een volgend overlegmoment voortgewerkt wordt (24–26).

Het experten panel bestond in totaal uit 5 experts: 2 huisartsen, 2 kinesitherapeuten en 1 expert met kennis omtrent eHealth. Voorafgaand aan het eerste gezamenlijk overlegmoment werd de ethisch goedgekeurde vragenlijst reeds doorgemaild naar de experts. Er werd gevraagd de vragenlijst kritisch te doorlopen en hierbij focus te leggen op volgende aspecten: relevantie van de vraag met betrekking tot de onderzoeksvraag, verstaanbaarheid van de vraag (vocabulair/grammaticaal/gebruik van beroepsgebonden termen) en zaken die mogelijks nog ontbreken. Het overleg ging online door, met behulp van video-overleg, omwille van de toen geldende covidmaatregelen. Tijdens het overlegmoment zelf werd de vragenlijst doorgenomen per hoofdonderdeel. Elke expert kon op zijn beurt inbreng doen en opmerkingen aanbrengen onder de leiding van een moderator.

Alle opmerkingen werden na het eerste overlegmoment gebundeld en de vragenlijst werd volgens de feedback aangepast, waarna de nieuwe versie opnieuw werd doorgemaild naar de experts. In het tweede overlegmoment werd de aangepaste vragenlijst andermaal doorgenomen, op eenzelfde manier als tijdens het eerste overlegmoment. Aanpassingen werden nadien wederom gedaan.

De vragenlijst werd vervolgens opgebouwd in REDCap, een beveiligde webapplicatie waarmee enquêtes online kunnen worden afgenomen en de data kan worden beheerd (27,28). Voorafgaand aan het laatste overlegmoment werd aan de experts de kans gegeven om de vragenlijst binnen REDCap in te vullen. Hierdoor werd eveneens feedback verkregen over hoe de vragenlijst binnen de tool overkomt en of er nog onduidelijkheden aanwezig waren. De vragenlijst werd hierna gefinaliseerd en opnieuw voorgelegd aan het ethisch comité ter goedkeuring.

4.3 Betrouwbaarheid

4.3.1 Methode

In een tweede fase werd de betrouwbaarheid nagegaan van de reeds gevalideerde vragenlijst. De betrouwbaarheid geeft de mate weer waarin de verkregen resultaten repliceerbaar zijn. In het kader van deze studie werd gekozen voor de test-retest reliability. Deze methode wordt zeer frequent gebruikt in gelijkaardige studies. Door de vragenlijst tweemaal te laten invullen, met een tussenperiode, wordt gekeken of de resultaten reproduceerbaar zijn over de tijd en de vragenlijst bijgevolg voldoende betrouwbaar is (29).

4.3.2 Test-retest reliability

Volgens bovenstaande methode werd de vragenlijst gepiloteerd in een kleine groep huisartsen. Deze groep werd gerekruteerd door het aanschrijven van 16 huisartsenkringen, verspreid over Vlaanderen, via mail. Initieel waren 25 huisartsen bereid deel te nemen aan de studie en vulden zij de vragenlijst een eerste maal in. Finaal vulden 18 huisartsen de vragenlijst een tweede maal in voor de vooropgestelde einddatum. Dit gebeurde met een tussenperiode van minstens 7 dagen (zie ook onderstaande tabel).

Binnen REDCap werd gebruik gemaakt van een 'participant list'. Hierbij wordt aan elke respondent een nummer toegekend. Via dit nummer kan het algoritme van REDCap de beide invulmomenten aan elkaar linken, maar is het voor de onderzoekers niet mogelijk om te achterhalen welke data bij welke respondent past. Zo is het dus mogelijk anonieme data te verzamelen, maar toch de data van het eerste met het tweede invulmoment te vergelijken. De bekomen data werd vervolgens naar SPSS 28.0 geëxporteerd, waar een statistische analyse toegepast werd (30).

	Gemiddelde (standaarddeviatie)	**Minimum-Maximum**
Tijd tussen invulmoment 1 en invulmoment 2 (in aantal dagen)	9,39 (2,81)	7,00 - 18,00

Tabel 1: Tijd tussen invulmoment 1 en invulmoment 2

5. Statistische analyse

5.1 Socio-demografische gegevens

De socio-demografische gegevens van de steekproef worden weergegeven in onderstaande tabellen (Tabel 2, Tabel 3). In totaal vulden 18 huisartsen de vragenlijst tweemaal in. De steekproef bestaat voornamelijk uit vrouwen. De leeftijd van de groep varieert van 27 tot 57 jaar met een gemiddelde van 37,72 jaar. Verder laten de respondenten een gemiddelde praktijkervaring van 12 jaar optekenen. Het merendeel van de huisartsen is werkzaam binnen een groepspraktijk en dit, met een klein overgewicht, in stedelijk gebied. In geen enkele praktijk was op het moment van invullen een kinesitherapeut werkzaam. De deelnemende huisartsen gaven aan wekelijks gemiddeld 6 patiënten te verwijzen voor kinesitherapie, met een maximum van 10. Verder rapporteerden ze echter amper kinesitherapeutische verslagen te ontvangen op weekbasis, met een gemiddelde van 0,36 verslagen per week.

	Gemiddelde (standaarddeviatie)	**Minimum-Maximum**
Leeftijd (in jaar)	37,72 (9.03)	27,00-57,00
Hoeveel jaar ervaring hebt u in de huisartsgeneeskunde (inclusief opleidingsperiode als HAIO)?	12,06 (8,63)	3,00 - 32,00
Hoeveel patiënten verwijst u gemiddeld per week naar de kinesitherapeut (nieuw opgestart, verlengingen niet inclusief)?	6,33 (3,24)	1,00 - 10,00
Hoeveel kinesitherapeutische verslagen/feedback ontvangt u gemiddeld per week?	0,36 (0,48)	0,00 - 1,00
Hoeveel kinesitherapeutische verslagen leest u gemiddeld per week?	0,31 (0,46)	0,00 - 1,00

Tabel 2: Weergave van de socio-demografische gegevens

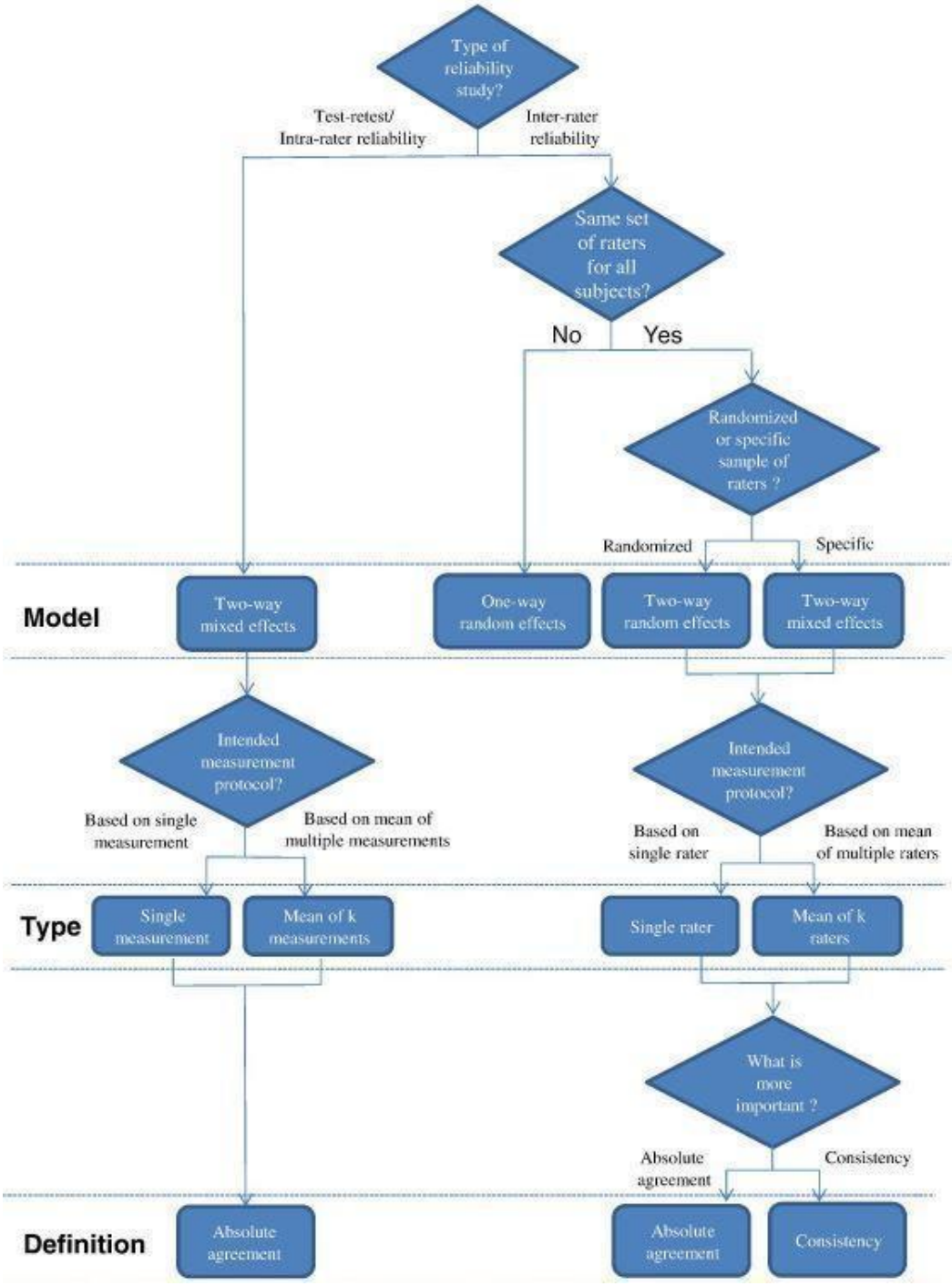
		Frequentie (%)
Geslacht?	Man	4 (22,2%)
	Vrouw	14 (77,8%)
Andere bekwaamheden buiten huisarts?	Ja	4 (22,2%)
	Nee	14 (77,8%)
Type praktijk?	Solopraktijk	2 (11,1%)
	Groepspraktijk	13 (72,2%)
	Wijkgezondheidscentrum	3 (16,7%)
	Forfaitaire praktijk	0 (0%)
	Monodisciplinair	2
	Multidisciplinair	3
Type gebied?	Ruraal gebied	8 (44,4%)
	Stedelijk gebied	9 (50%)
	Niet gespecificeerd	1 (5,6%)
Kinesitherapeut werkzaam in praktijk?	Ja	0 (0%)
	Nee	18 (100%)

Tabel 3: Weergave van de socio-demografische gegevens

5.1 Intervalschaal

Zoals reeds besproken werd het merendeel van de vragen opgesteld volgens een likert-schaal met 5 keuzemogelijkheden, gaande van ‘sterk oneens’ tot ‘volledig mee eens’ of ‘helemaal niet vereist’ tot ‘sterk vereist’. Aan elke mogelijkheid werd een getal toegewezen van 1 tot 5. Door deze toewijzing kunnen ze aanzien worden als semi-continue variabelen of variabelen volgens een intervalschaal.

Om de betrouwbaarheid van de vragenlijst na te gaan was het noodzakelijk om na te gaan of de antwoorden op invulmoment 1 en 2 per vraag overeenstemden. Diverse studies maakten gebruik van de Pearson’s of Spearman’s correlatiecoëfficiënt. Deze zouden echter tekortschieten, doordat ze geen rekening houden met het optreden van mogelijke systematische variabiliteit. Dit kan verholpen worden door het gebruik van een ICC (intraclass correlatiecoëfficiënt). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende types van ICC .Op basis van onderstaand stroomdiagram werd gekozen voor volgend type: two-way mixed, absolute agreement en single measure (31,32).



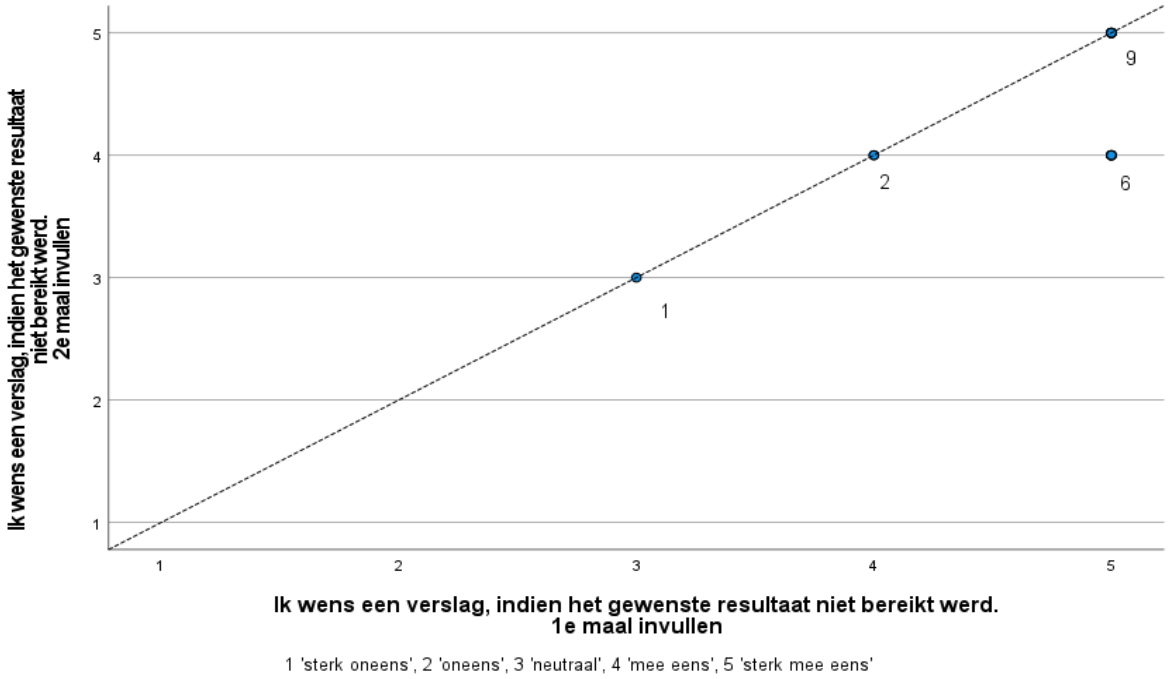
Figuur 3: Stroomdiagram met het selectieproces van de verschillende types ICC (32).

De analyse werd daarnaast aangevuld met de bepaling van de SEM (standard error of measurement) (31,33). Alsook de bepaling van de gepaarde Wilcoxon-test (Wilcoxon matched-pairs signed ranks test) om te kijken of er significante verschillen waarneembaar waren tussen de resultaten op beide testmomenten.

5.2.1 Resultaten

De **Wilcoxon gepaarde test** tekende enkel voor **vraag 6** een significant resultaat op (P<0,05), bijgevolg werd de nulhypothese verworpen. Deze staat met een * aangeduid in de tabel verderop (Tabel 4).

Onderstaande scatter plot toont de verdeling van de antwoorden op testmoment 1 en testmoment 2.



Scatter plot: De aantallen genoteerd bij de punten op de grafiek stellen voor hoe vaak dit antwoord gegeven werd - 1 invuller vulde 2 maal 'neutraal' in, 2 invullers vulden 2 maal 'mee eens' in, 9 invullers vulden 2 maal 'sterk mee eens' in, 6 invullers vulden de 1e maal 'sterk mee eens' in en de 2e maal 'mee eens' in.

Onderstaande tabel presenteert een overzicht van de verschillende **ICC**'s, alsook de **SEM(%)** en de resultaten van de Wilcoxon gepaarde test.

De resultaten van de ICC variëren van 0,024 tot 0,854. De richtlijn van Cicchetti uit 1994 weerhoudt een ICC <0,4 als slecht betrouwbaar, een ICC tussen 0,4 en 0,59 als aanvaardbaar, een ICC >0,6 als goed betrouwbaar en een ICC >0,9 als excellent (34). Volgens Cicchetti geven **vragen 1, 2, 8, 12, 21** dus een slechte ICC (<0,4) en **vragen 3, 5, 7, 11, 14, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 29, 30, 31** een goede ICC (>0,6).

Voor de SEM bestaat geen officiële richtlijn wat betreft specifieke cutoff waarden. Gelijkaardige studies rapporteren echter een SEM van 15% als cutoff. Een SEM lager dan 10% wordt beschreven als een excellente waarde, terwijl een waarde boven de 20% als slecht wordt aanzien (35–37). Voor deze vragenlijst varieert de SEM% van 5,02 tot 27,91. De **vragen 3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 28, 29 en 31** geven een SEM% <15%. Terwijl de **vragen 1, 2, 4, 9, 12 en 27** een SEM% >20 geven.

Globaal gezien werden de vragen onderverdeeld in 3 categorieën: vragen met een goede betrouwbaarheid (groen), vragen met een twijfelachtige betrouwbaarheid (lichtblauw) en vragen met een slechte betrouwbaarheid (rood). Deze onderverdeling werd gebaseerd op de combinatie van de

ICC en de SEM%. Vragen met een ICC hoger dan 0,6 en een SEM% lager dan 15% werden bijgevolg automatisch als goed ingedeeld. Volgens dezelfde redenering werden de vragen met een ICC lager dan 0,6 en een SEM% hoger dan 15% als slecht ingedeeld. De vragen met een lage ICC en relatief aanvaardbare SEM% of relatief aanvaardbare ICC en slechtere SEM% werden als twijfelachtig weerhouden.

	ICC (95% BI)	ICC P-waarde	SEM (SEM%)	Gepaarde Wilcoxon (P-waarde)
Communicatie				
1. Er wordt voldoende gecommuniceerd door huisartsen richting kinesitherapeuten	0,024 (-0,423 - 0,470)	0,46	0,72 (27,91)	0,265
2. Er wordt voldoende gecommuniceerd door kinesitherapeuten richting huisartsen	0,126 (-0,380-0,559)	0,311	0,62 (27,34)	0,792
3. Ik vind overleg met kinesitherapeuten belangrijk en zinvol	0,687 (0,342-0,870)	<0,001	0,29 (6,59)	0,083
4. Ik wens op periodieke basis een tussentijds kinesitherapeutisch verslag te ontvangen over het verloop van de behandeling	0,474 (0,057-0,759)	0,013	0,72 (21,93)	0,062
5. Ik wens een verslag te ontvangen op het einde van de behandeling	0,854 (0,657-0,942)	<0,001	0,37 (8,96)	0,18
6. Ik wens een verslag, indien het gewenste resultaat niet bereikt werd	0,571 (0,114-0,821)	0,001	0,38 (8,28)	0,014*
7. Ik wens een verslag, indien het gewenste resultaat wel bereikt werd	0,814 (0,575-0,926)	<0,001	0,47 (12,97)	0,157
8. Ik wens een verslag, indien het voorgeschreven aantal beurten onvoldoende was	0,190 (-0,296-0,596)	0,221	0,61 (14,43)	0,48
9. Ik wens een verslag indien het voorgeschreven aantal beurten voldoende was	0,571 (0,177-0,812)	0,003	0,76 (24,96)	0,084
10. Er bestaan voldoende communicatiemiddelen langs waar gecommuniceerd kan worden	0,563 (0,166-0,808)	0,004	0,67 (18,44)	0,083
Kinesitherapeutisch verslag				
11. Hulpvraag van de patiënt naar de kinesitherapeut	0,646 (0,720-0,851)	<0,001	0,51 (13,57)	0,058

12. Bevindingen na anamnese door de kinesitherapeut	0,314 (-0,174-0,675)	0,1	0,73 (20,84)	0,558
13. Bevindingen na klinisch onderzoek	0,365 (-0,1-0,702)	0,062	0,55 (11,92)	0,317
14. Diagnose gesteld door de kinesitherapeut	0,764 (0,482-0,904)	<0,001	0,23 (5,02)	0,157
15. Uitgevoerde behandelingen	0,433 (-0,047-0,746)	0,037	0,54 (12,52)	1
16. Verder nog geplande behandelingen, die uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk	0,561 (0,163-0,807)	0,005	0,47 (10,88)	0,157
17. Inschatting van de kinesist in welke mate het beoogde resultaat behaald is	0,447 (-0,026-0,752)	0,032	0,45 (10,25)	0,705
18. Aanbeveling naar "return to sports" toe	0,676 (0,313-0,866)	<0,001	0,44 (10,87)	0,705
19. Aanbeveling naar "return to work" toe	0,731 (0,410-0,891)	<0,001	0,44 (11,03)	0,705
20. Aanbeveling naar de huisarts toe i.v.m. andere behandelingen (vb infiltratie, epidurale, operatief,...) die niet uitgevoerd kunnen worden in de kinesitherapeutische praktijk	0,728 (0,417-0,888)	<0,001	0,62 (17,51)	0,285
21. Of verlenging van de kinesitherapeutische behandeling zinvol zou zijn en de motivatie hiervoor	0,241 (-0,216-0,621)	0,153	0,52 (11,82)	0,206
22. Barrières ervaren door de kinesitherapeut bij de behandeling (groen?)	0,511 (0,082-0,783)	0,013	0,5 (11,92)	0,317
Barrières				
23. Ik bezit, naar mijn inschatting, onvoldoende kennis over het kinesitherapeutisch beroep	0,531 (0,088-0,796)	0,011	0,56 (14,93)	0,679

24. Ik ben onvoldoende op de hoogte van de behandelingsmodaliteiten/ subspecialismen die aangeboden worden door de kinesitherapeuten in mijn omgeving	0,754 (0,451-0,900)	<0,001	0,5 (14,25)	0,785
25. Ik ga ervan uit dat overleg niet bijdraagt tot een beter resultaat van de behandeling	0,653 (0,279-0,855	0,001	0,29 (17,73)	0,564
26. Ik vind overleg met de kinesitherapeut niet zinvol	0,687 (0,342-0,870)	<0,001	0,28 (19,21)	0,083
27. Ik vind communiceren met kinesitherapeut een tijdsintensief proces	0,426 (-0,038-0,740)	0,036	0,69 (25,22)	0,564
28. Ik ben bereid om tijd te investeren in overleg met de kinesitherapeut	0,560 (0,131-0,810)	0,008	0,38 (9,34)	0,655
29. Kinesitherapeuten zijn onvoldoende toegankelijk voor overleg	0,718 (0,387-0,884)	<0,001	0,37 (14,82)	0,655
30. Ik zou meer communiceren met de kinesist, indien er een financiële vergoeding tegenover stond.	0,832 (0,605-0,934)	<0,001	0,44 (16,42)	0,705
31. Ik zou meer communiceren met een kinesist, indien ik hem/haar ook beter zou kennen	0,811 (0,570-0,924)	<0,001	0,37 (9,32)	0,18

Tabel 4: Overzicht van de verschillende betrouwbaarheidstesten voor de interval variabelen met de ICC (type two-way mixed, absolute agreement, single measure), de SEM(%) en de Wilcoxon gepaarde test. De groene kleur wijst op goed betrouwbare vragen, de rode kleur op slecht betrouwbare vragen, de blauwe kleur wijst op twijfelachtig betrouwbare vragen.

5.3 Nominale variabelen

Verder bevat de vragenlijst ja/nee-vragen, alsook vragen die polsen naar het gebruik van specifieke communicatiemiddelen. Om de betrouwbaarheid van deze nominale variabelen te verifiëren, wordt de Cohen's kappa-coëfficient toegepast. De kappa-coëfficiënt is een maat die de graad van overeenkomst uitdrukt en van toepassing is op nominale variabelen (38).

5.3.1 Resultaten

Onderstaande tabel presenteert de Cohen's kappa-coëfficiënten met de bijhorende P-waarde voor de nominale variabelen. Landis en Koch hanteert volgende indeling voor interpretatie: κ ≤ 0,2 als slechte overeenkomst, κ tussen 0,21 en 0,40 als redelijk, κ tussen 0,41 en 0,6 als matige overeenkomst en κ tussen 0,61 en 0,80 als substantiële overeenkomst.

De Kappa waarden voor de vragen variëren van 0,291 tot 0,657. **Vragen 2 en 5** tonen een redelijke overeenkomst. **Vragen 1, 3, 6 en 7** tonen een matige overeenkomst. Enkel voor de **vraag 4** kan een substantiële overeenkomst opgetekend worden.

	Tweemaal hetzelfde geantwoord (totaal n=18)	**Cohen's kappa (κ)**	**P-waarde**
Huidige communicatiemiddelen			
1. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent gebruikt	12	0,511	<0,001
2. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent gebruikt (maar dus minder frequent dan het middel dat u hierboven koos)	8	0,291	0,006
3. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent gebruikt (maar dus minder frequent dan bovenstaande)	11	0,455	<0,001
Toekomstige communicatiemiddelen			
4. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het meest frequent zou willen gebruiken	14	0,657	<0,001
5. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 2e meest frequent zou willen gebruiken (maar dus minder frequent dan het middel dat u hierboven koos)	8	0,302	0,007
6. Gelieve uit deze lijst van 7 opties het communicatiemiddel te selecteren dat u het 3e meest frequent zou willen gebruiken (maar dus minder frequent dan bovenstaande)	10	0,407	0,001
Kinesitherapeutisch verslag			
7. Bent u voorstander van het gebruik van een gestandaardiseerd sjabloon voor een kinesitherapeutisch verslag?	17	0,604	0,004

Tabel 5: Overzicht van de Cohen's kappa-coëfficiënt met bijhorende P-waarde als maat voor de betrouwbaarheid bij nominale variabelen. De groene kleur wijst op goed betrouwbare vragen, de blauwe kleur op twijfelachtig betrouwbare vragen.

6. Discussie

Uit bovenstaande resultaten kan er geconcludeerd worden dat een groot deel van de vragen als goed betrouwbaar bestempeld kan worden. Volgens de gebruikte kleurenmethode zijn er echter ook vragen die als twijfelachtig kunnen beschouwd worden of slecht scoren op vlak van betrouwbaarheid.

In volgende alinea's zal dieper ingegaan worden op de verschillende methodologische aspecten die mogelijks bijdragen tot de slechtere betrouwbaarheid van bepaalde vragen. Verder zal gekeken worden naar de limitaties binnen dit kwalitatief onderzoek en mogelijke aanbevelingen naar toekomstig onderzoek.

6.1 Bias

De overlegmomenten met de experts, in het kader van de Delphi-methode (zie 4.2.2 Validiteitsstudie) zijn niet anoniem gebeurd. Er was tijdens de overlegmomenten onderlinge interactie mogelijk tussen de onderzoekers en de experts. Ondanks de aanwezigheid van een moderator kan het gebeuren dat bv. één expert binnen de groep dominant is. Hierdoor kan deze persoon vaker aan het woord zijn en worden de opmerkingen van de andere experts, en dus ook het eindresultaat, mogelijks beïnvloed. Dit kan leiden tot een 'systematic error', inherent aan de methodologische opzet van de studie.

Daarnaast werd de uitnodiging, ter rekrutering van de huisartsen, doorgestuurd naar diverse huisartsenverenigingen zonder gericht te zijn op een bepaalde subgroep. Toch blijkt er achteraf sprake van 'selection bias'. De bekomen steekproef blijkt vrij homogeen, namelijk veelal vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar.

Verder kan er ook nog sprake zijn van 'volunteer bias', die mogelijks het resultaat beïnvloedt. Zo hebben de huisartsen de vragenlijst vrijwillig ingevuld. Het zou kunnen dat deze huisartsen meer gemotiveerd waren dan de doorsnee respondent en zich extra goed geconcentreerd hebben op het tweemaal gelijkaardig invullen van de vragenlijst. De betrouwbaarheid kan hierdoor overschat worden. Dit kan samengaan met 'non-respons bias'. De huisartsen die minder gemotiveerd waren, vulden de vragenlijst geen tweede keer in en ontbreken dus ook in de uiteindelijke steekproef (39).

Finaal kan de ICC ook beïnvloed worden door 'random error', zoals nog besproken zal worden (zie 6.3 Interpretatie ICC). De impact van 'random error' kan mogelijks verminderd worden door de steekproef te vergroten.

6.2 Interpretatie Wilcoxon gepaarde test

De Wilcoxon gepaarde test werd gebruikt om na te gaan of er significante verschillen waarneembaar zijn tussen beide testmomenten. Enkel voor vraag 6 "Ik wens een verslag, indien het gewenste resultaat niet bereikt werd" kon een significant resultaat weerhouden worden en de nulhypothese verworpen worden, ondanks de aanvaardbare ICC en goede SEM%. Bij evaluatie van de individuele antwoorden op beide testmomenten wordt vastgesteld dat 12 respondenten hetzelfde antwoord gaven op testmoment 1 en testmoment 2. De overige 6 respondenten antwoordden steeds met 1 punt verschil op de likert-schaal, waarbij het verschil zich ook steeds in dezelfde richting voordeed. Zo scoorden deze 6 respondenten op het eerste testmoment allemaal 5 en scoorden ze op het tweede testmoment allemaal 4. Dit werd visueel voorgesteld door de scatter plot in de resultaten (zie 5.2.1 Resultaten). De gevonden significantie is mogelijks dan ook een opgetreden type I-fout. Hierbij wordt de nulhypothese onterecht verworpen.

6.3 Interpretatie ICC

De ICC is een factor die door verschillende zaken beïnvloed wordt. Het is dan ook belangrijk om met deze verschillende factoren rekening te houden bij het interpreteren van de resultaten.

Enerzijds zal de keuze van het type ICC van groot belang zijn, gezien de verschillende types ICC op een andere manier berekend worden en dus aanleiding geven tot verschillende resultaten. Bij de verwerking van de data werd, zoals reeds beschreven, geopteerd voor volgend type: 'two-way mixed, absolute agreement en single measure'. Wanneer de 'single measure' echter vergeleken wordt met de 'average measure' worden globaal hogere ICC's genoteerd bij de 'average measure'. Gezien hier geopteerd werd voor de 'single measure', werd aldus gekozen voor een strengere interpretatie van de relatieve betrouwbaarheid (31,32).

Verder is de ICC afhankelijk van de variantie tussen de verschillende respondenten (in de formule van ICC beschreven als "between subjects variability"). Wanneer de verschillende respondenten op een homogene manier reageren, geeft dit een lage variantie in de antwoorden. Dit maakt dat de ICC niet hoog kan zijn, ondanks het feit dat de antwoorden op testmoment 1 en testmoment 2 wel degelijk gelijkwaardig zijn. De ICC kan bijgevolg vals verlaagd zijn. Anderzijds zal een grote heterogeniteit in de antwoorden van de respondenten leiden tot een grotere variantie. Dit kan aanleiding geven tot een hogere ICC, ook al kunnen de antwoorden op testmoment 1 en testmoment 2 ver uit elkaar liggen, waardoor de ICC vals verhoogd zou zijn (31,40).
Er werd reeds opgemerkt dat er in dit onderzoek gebruik gemaakt wordt van een eerder homogene steekproef, zijnde voornamelijk vrouwen (14 van de 18 respondenten) met gemiddelde leeftijd van 38 jaar (zie 6.1 Bias). Het effect van een mogelijk lage "between subjects variability" zou bij sommige vragen kunnen geresulteerd hebben in een lage ICC, ondanks dat de antwoorden op test moment 1 en 2 wel vrij gelijkwaardig zijn.

Daarenboven kan de ICC ook beïnvloed worden door 'random error'. Dit zijn fouten die tot stand komen onder invloed van toevalsfactoren, zoals de mate van alertheid en de individuele emotie op het moment van invullen. Bij bepaalde vragen (zie Tabel 4 - vraag 1, 2, 8 en 21) met een lage ICC kunnen er voor bepaalde respondenten zeer sterk uiteenlopende antwoorden opgetekend worden tussen de verschillende testmomenten. Mogelijk werd de vragenlijst op een bepaald moment te snel doorgenomen, waardoor kleine nuances in de vraag niet werden opgemerkt. Dit wordt onder meer gezien bij vragen met een negatie. Anderzijds dient er ook rekening gehouden te worden met het 'memory effect'. Het is mogelijk dat de respondenten verschillende antwoorden onthouden hebben, waardoor de graad van betrouwbaarheid hoger lijkt (31).

6.4 Interpretatie SEM

Als gevolg van bovengenoemde punten (zie 6.3 Interpretatie ICC) is het dan ook noodzakelijk om de ICC in combinatie met de SEM te interpreteren, om te kunnen bepalen of een vraag al dan niet betrouwbaar is. Waar de ICC zich voornamelijk focust op de variantie tussen de verschillende respondenten, zal de SEM niet beïnvloed worden door de samenstelling van de populatie of de onderlinge verschillen. De SEM is een absolute maat van de betrouwbaarheid (41).

6.5 Interpretatie Cohen's Kappa

Vragen 2 en 5 tonen een redelijke overeenkomst. Vragen 1, 3, 6 en 7 tonen een matige overeenkomst. Enkel voor de vraag 4 is een substantiële overeenkomst waarneembaar. Voor de toekenning van de graad van overeenkomst wordt de interpretatie volgens Landis & Koch gevolgd (zie Tabel 5) (38).

Voor vraag 1 vulden 12 deelnemers 2 maal hetzelfde antwoord in. Hier werd een kappa coëfficiënt van 0,511 bekomen, overeenkomstig met een matig overeenkomst. Voor vraag 7 wordt een kappa coëfficiënt van 0,604 bekomen, ook overeenkomstig met een matige overeenkomst. Nochtans vulden 17 deelnemers 2 maal hetzelfde antwoord in. Zowel 12/18 gelijke antwoorden, als 17/18 gelijke antwoorden resulteren dus in een matige overeenkomst.

Intuïtief zou een betere coëfficiënt kunnen verwacht worden voor vraag 7. Dit kan verklaard worden door de 'Cohen's kappa Paradox'. Er kan sprake zijn van de paradox als de kans om voor één categorie te kiezen veel groter is, dan voor de andere. Dit kan te wijten zijn aan de aard van de categorie. Omdat die veel vaker voorkomt of omdat de invuller de neiging heeft om telkens voor die bepaalde categorie te kiezen.

Een alternatief voor Cohen's kappa is de 'Agreement Coefficient 1 (AC1) van Gwet'. Deze kan eventueel extra berekend worden, als vermoed wordt dat er omstandigheden gelden waarin de paradox een onderschatting veroorzaakt van de werkelijke graad van betrouwbaarheid (42,43).

Voor de andere vragen geldt wel dat een lager aantal gelijke antwoorden op beide invulmomenten, resulteert in een lagere kappa coëfficiënt.

6.6 Vergelijking met voorgaande masterproeven

De sterkte van deze studie bestaat uit de ontwikkeling van een methodologisch correcte vragenlijst. De verkregen resultaten werden niet gespiegeld aan bevindingen uit eerdere masterproeven. De voorafgaande literatuurstudie werd voornamelijk gebruikt om te filteren welke onderdelen van belang zijn in de interprofessionele communicatie, en meer bepaald in de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. De initiële vragenlijst werd opgebouwd aan de hand van deze filtering. Gezien geen enkele voorgaande vragenlijst methodologisch werd nagegaan, leek het ons weinig opportuun om de resultaten van specifieke vragen te vergelijken.

6.7 Limitaties

Er werd reeds besproken (zie 6.1 Bias) dat bij het uitvoeren van de validiteitsstudie, gebaseerd op de Delphi methode, het niet blind of anoniem uitvoeren een invloed kan hebben op de validiteit van de vragenlijst.

Verder werd in deze studie tevens een eerder kleine steekproef gebruikt, die bovendien vrij homogeen was. De kans op een type-II-fout wordt groter bij kleine steekproefaantallen.

Daarnaast werd ook het memory effect reeds besproken (zie 6.3 Interpretatie ICC). Een limitatie in deze studie is dat de tijd tussen invulmoment 1 en 2 niet gelijk was voor de verschillende respondenten (zie Tabel 1: Tijd tussen invulmoment 1 en invulmoment 2Tabel 1). Het memory effect kan dus bij de verschillende respondenten in meer of mindere mate invloed hebben.

6.8 Aanbeveling naar toekomstig onderzoek

Indien er in de toekomst nog onderzoeken (eventuele masterproeven) gebeuren om de huidige vragenlijst verder te verbeteren, kan met bovenstaande limitaties (zie 6.7 Limitaties) rekening gehouden worden. Zo kunnen de vragen die nu minder goed scoorden verder onderzocht worden, naar validiteit en betrouwbaarheid toe, en eventueel aangepast worden.

Indien nieuwe overlegmomenten gepland worden, om na te gaan of de minder goede vragen aangepast of vervangen dienen te worden, wordt aanbevolen om dit anoniem te doen. Zo heeft de mening van de ene expert geen impact op de andere en daalt het risico dat één mening dominanter doorweegt op de uiteindelijk gevalideerde vragenlijst.

Indien het onderzoek in de toekomst herhaald wordt, gebeurt dit eveneens best met een grotere en meer diverse steekproef. De kenmerken van de steekproef zouden dan afgetoetst kunnen worden ten opzichte van de werkelijke huisartsenpopulatie.

Er werd geopteerd om te werken met een 5 point likert-schaal (zie 4.1 Opbouw vragenlijst). Er zou in de toekomst kunnen onderzocht worden of het toepassen van een 7 point likert-schaal of een 10 point likert-schaal betere resultaten op vlak van betrouwbaarheid geeft.

Naar de toekomst toe kan het ook waardevol zijn deze vragenlijst aan te passen voor een toepassing in de tweede lijn. Arts-specialisten verwijzen immers ook door naar kinesitherapeuten.

7. Conclusie

In voorgaande masterproeven werden reeds conclusies geformuleerd rond de kwaliteit van de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Onze conclusie was echter dat er nood was aan een stap terug en dat er een methodologisch correct gevalideerde en betrouwbare vragenlijst opgesteld diende te worden. Deze vragenlijst kan in de toekomst dan gebruikt worden om de communicatie te evalueren, alsook de nood aan een kinesitherapeutisch verslag te onderzoeken.

Binnen het onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten is deze masterproef een eerste in zijn soort en kent deze ook zijn tekortkomingen. Verder onderzoek kan dan ook waardevol zijn om de huidige tekortkomingen aan de vragenlijst weg te werken.

Gezien het merendeel van de vragen als 'goed' weerhouden wordt, concluderen we dat er een stap vooruit gezet is richting een valide en betrouwbaar meetinstrument om in de toekomst de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten beter te onderzoeken. Op zoek gaan naar het mogelijke probleem is een eerste stap richting een oplossing en het verder verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in de (eerstelijns)gezondheidszorg.

8. Afkortingenlijst

CoZo - Collaboratief Zorgplatform
eHealth - Electronic Health
EMG - Elektromyografie
ICC - Intraclass Correlation Coefficient
NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap
ROM = range of motion
PEDro - Physiotherapy Evidence Database
RCT - Randomized Controlled Trial
REDCap - Research Electronic Data Capture
SEM - Standard Error of Measurement
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
κ - Cohen's kappa coëfficiënt

9. Referentielijst

1. Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut [Internet]. Utrecht; 2012. Available from: www.nhg.org
2. NHG. Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (richtlijn HASP) [Internet]. 2017. Available from: www.nhg.org/ict
3. Vermeyen B, Vermoesen D. Communicatie arts-kinesitherapeut Handleiding voor de moderator. Antwerpen; 2004.
4. Vermeir P, de Fluiter K, van Daele S, Hallaert G, Buylaert W, Vogelaers D, et al. Impact van communicatie tussen zorgverstrekkers op de kwaliteit van patiëntenzorg. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2015 Mar 15;71(6):372–80.
5. Timmerman N. Directe toegang tot de kinesitherapie. Huisartsnu. 2019;6.
6. Wouters K. Het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. [Masterproef]. [Leuven]: KUL; 2013.
7. Stephanie Johanns. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts [Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: K.U. Leuven; 2014.
8. Levrau L. Het kinesitherapeutisch voorschrift verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: Universiteit Gent; 2018.
9. Reiner P. Patiëntgerichte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut? Beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting [Masterproef]. [Antwerpen]: Universiteit Antwerpen;
10. Schottey N. Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter? Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel;
11. Charlier K AB. De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. ICHO; 2009.
12. de Bleeckere L. Het kinesitherapeutisch consultatief onderzoek in de huisartsenpraktijk (masterproef huisartsgeneeskunde). 2018.
13. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jun;
14. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. Primary Health Care Research & Development. 2015 May 18;16(03):304–8.
15. Thomson K, Outram S, Gilligan C, Levett-Jones T. Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. Journal of Interprofessional Care. 2015 Nov 3;29(6):634–40.
16. Franz S, Muser J, Thielhorn U, Wallesch CW, Behrens J. Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. Disability and Rehabilitation [Internet]. 2020 May 21;42(11):1607–15. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2018.1528634
17. Stewart MA. Stuck in the middle: the impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. Shoulder & Elbow [Internet]. 2018 Jan 25;10(1):66–72. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1758573217735325
18. Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1989 Sep;39:375–6.
19. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions—a qualitative study. Family Practice. 2003 Oct;20(5):578–82.
20. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. British Journal of Applied Science & Technology. 2015 Jan 10;7(4):396–403.
21. Korkut Altuna O, Arslan FM. Impact of the Number of Scale Points on Data Characteristics and Respondents' Evaluations: An Experimental Design Approach Using 5-Point and 7-Point Likert-type Scales. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2016 Oct 30;(55):1–20.
22. Taherdoost H. Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. International Journal of Academic Research in Management . 2016 Jan;5(3):28–36.
23. Bolarinwa O. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2015;22(4):195.
24. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. Information & Management. 2004 Dec;42(1):15–29.

25. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. Technological Forecasting and Social Change. 2006 Jun;73(5):467–82.
26. Yousuf MI, Yousuf MI. Using Experts' Opinions Through Delphi Technique A peer-reviewed electronic journal. Using Experts' Opinions Through Delphi Technique. Practical Assessment, Research & Evaluation [Internet]. 2007 May;12(4):1–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/253041760
27. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. Vol. 95, Journal of Biomedical Informatics. Academic Press Inc.; 2019.
28. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of Biomedical Informatics. 2009 Apr;42(2):377–81.
29. Fitzner K. Reliability and Validity A Quick Review. The Diabetes Educator. 2007 Sep 7;33(5):775–80.
30. IBM Corp. SPSS version 28.0.1.0. IBM; 2021.
31. Weir JP. Quantifying Test-Retest Reliability Using the Intraclass Correlation Coefficient and the SEM. The Journal of Strength and Conditioning Research [Internet]. 2005;19(1):231. Available from: http://nsca.allenpress.com/nscaonline/?request=get-abstract&doi=10.1519%2F15184.1
32. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of Chiropractic Medicine. 2016 Jun;15(2):155–63.
33. Yen M, Lo LH. Examining Test-Retest Reliability. Nursing Research. 2002 Jan;51(1):59–62.
34. Cicchetti D v. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. Psychological Assessment. 1994 Dec;6(4):284–90.
35. Zhang W, Regterschot G, Schaabova H, Baldus H, Zijlstra W. Test-Retest Reliability of a Pendant-Worn Sensor Device in Measuring Chair Rise Performance in Older Persons. Sensors. 2014 May 16;14(5):8705–17.
36. Ahlström I, Hellström K, Emtner M, Anens E. Reliability of the Swedish version of the Exercise Self-Efficacy Scale (S-ESES): a test–retest study in adults with neurological disease. Physiotherapy Theory and Practice [Internet]. 2015 Apr 3;31(3):194–9. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09593985.2014.982776
37. Carlozzi NE, Boileau NR, Roché MW, Ready RE, Perlmutter JS, Chou KL, et al. Responsiveness to change over time and test-retest reliability of the PROMIS and Neuro-QoL mental health measures in persons with Huntington disease (HD). Quality of Life Research. 2020 Dec 19;29(12):3419–39.
38. de Moor G, van Maele G. Inleiding tot de biomedische statistiek. 4th ed. Leuven: Acco; 2014.
39. Tripepi G, Jager KJ, Dekker FW, Zoccali C. Selection Bias and Information Bias in Clinical Research. Nephron Clinical Practice. 2010;115(2):c94–9.
40. Regterschot GRH, Zhang W, Baldus H, Stevens M, Zijlstra W. Test–retest reliability of sensor-based sit-to-stand measures in young and older adults. Gait & Posture. 2014 May;40(1):220–4.
41. Bruton A, Conway JH, Holgate ST. Reliability: What is it, and how is it measured? Physiotherapy. 2000 Feb;86(2):94–9.
42. Zec S, Soriani N, Comoretto R, Baldi I. High Agreement and High Prevalence: The Paradox of Cohen's Kappa. The Open Nursing Journal. 2017 Oct 31;11(1):211–8.
43. Feinstein AR, Cicchetti D v. High agreement but low Kappa: I. the problems of two paradoxes. Journal of Clinical Epidemiology. 1990 Jan;43(6):543–9.

10. Bijlagen

10.1 Vragenlijst

Confidential

Welkom

Beste deelnemer.

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

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

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

Met vriendelijke groeten,

Lore Meuleman,

Elisa Dominicus,

Emmeline Deloddere

Huisartsen in opleiding

Klik op 'SUBMIT' om verder te gaan.

Geïnformeerde toestemming

geen tekst

Informatie voor de deelnemers

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

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

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

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

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

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

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

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

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

5. VERTROUWELIJKHEID
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.
Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal anoniem verwerkt 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 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, professor Coorevits Pascal (UZ Gent).

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

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Indien u ja aanklikt, gaat u akkoord met de volgende 5 punten:

◯ ja
◯ nee

1. Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" gelezen en begrepen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

2. Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is.

3. Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

4. Ik stem ermee in dat mijn emailadres gebruikt wordt voor het versturen van een herinneringsmail, om de vragenlijst een tweede keer in te vullen.

5. Ik stem in om deel te nemen aan de studie.

Beste,
U hebt ervoor gekozen uw geïnformeerde toestemming niet te geven.
U wordt daarom niet verdergeleid naar de vragenlijst.
We willen u bij deze toch bedanken voor uw tijd en interesse.

Met vriendelijke groeten,
Emmeline Deloddere
Lore Meuleman
Elisa Dominicus.
(huisartsen in opleiding)

Communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut.

Please complete the survey below.

Thank you!

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

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

2. Communicatiemiddelen

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

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

Voorbeeld:

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

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

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

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

2.2 Communicatiemiddelen die u in de toekomst zou willen gebruiken

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

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

Voorbeeld:

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

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

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

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

3. Kinesitherapeutisch verslag

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

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

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

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

4. Barrières

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

	sterk oneens (1)	oneens (2)	neutraal (3)	mee eens (4)	sterk mee eens (5)
Ik bezit, naar mijn inschatting, onvoldoende kennis over het kinesitherapeutisch beroep.	◯	◯	◯	◯	◯
Ik ben onvoldoende op de hoogte van de behandelingsmodaliteiten/subspecialismen die aangeboden worden door de kinesitherapeuten in mijn omgeving.	◯	◯	◯	◯	◯
Ik ga ervan uit dat overleg niet bijdraagt tot een beter resultaat van de behandeling.	◯	◯	◯	◯	◯
Ik vind overleg met de kinesitherapeut niet zinvol	◯	◯	◯	◯	◯
Ik vind communiceren met kinesitherapeut een tijdsintensief proces	◯	◯	◯	◯	◯
Ik ben bereid om tijd te investeren in overleg met de kinesist.	◯	◯	◯	◯	◯
Kinesitherapeuten zijn onvoldoende toegankelijk voor overleg.	◯	◯	◯	◯	◯
Ik zou meer communiceren met de kinesist, indien er een financiële vergoeding tegenover stond.	◯	◯	◯	◯	◯
Ik zou meer communiceren met een kinesist, indien ik hem/haar ook beter zou kennen.	◯	◯	◯	◯	◯

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

Sociodemografische vragen

Tot slot, volgen hierna nog enkele sociodemografische vragen.

Wat is uw geslacht?	◯ vrouw ◯ man ◯ X
Leeftijd (in jaren)	_____
Hebt u, naast huisarts zijn, nog andere medische bekwaamheden (bv. kind en gezin, sportarts, CRA, etc.)?	◯ ja ◯ nee
U kan hier invullen welke andere medische bekwaamheden u hebt.	_____
Ik ben werkzaam in: Opmerking: U kan meerdere opties aanvinken. Indien u bv. in een praktijk werkt met 3 andere artsen en een logopedist, vinkt u zowel 'Groepspraktijk', als 'Multidisciplinaire praktijk' aan.	☐ Solopraktijk ☐ Groepspraktijk ☐ Monodisciplinaire praktijk ☐ Multidisciplinaire praktijk ☐ Wijkgezondheidscentrum ☐ Forfaitaire praktijk
Is er een kinesitherapeut werkzaam in de praktijk?	◯ ja ◯ nee
Ik ben werkzaam in:	◯ Ruraal gebied ◯ Stedelijk gebied ◯ Kan niet worden gespecificeerd
Hoeveel jaar praktijkervaring hebt u in de huisartsgeneeskunde (inclusief opleidingsperiode als HAIO)?	_____
Hoeveel patiënten verwijst u gemiddeld per week naar de kinesitherapeut (nieuw opgestart, verlengingen niet inclusief)?	_____
Hoeveel kinesitherapeutische verslagen/feedback ontvangt u gemiddeld per week?	_____
Hoeveel kinesitherapeutische verslagen leest u gemiddeld per week?	_____
U bent op het einde gekomen van de vragenlijst. Indien u nog extra opmerkingen heeft, kan u deze hier noteren.	_____

10.2 Ethisch Comité

10.2.1 Goedgekeurd protocol



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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN

EEN ONDERZOEK A.D.H.V. EEN GEVALIDEERDE VRAGENLIJST

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

PROMOTOR

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

CO-PROMOTOR

- NAAM: DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: AAP
- UNIVERSITEIT : UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: …
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: SARA WILLEMS

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

- NAAM: EMMELINE DELODDERE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0473 19 18 69
- E-MAIL: DELODDERE.E@GMAIL.COM

- NAAM: LORE MEULEMAN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0476 80 79 94
- E-MAIL: LOREMEULEMAN@MSN.COM

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

VOOR EMMELINE DELODDERE:

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: VALERIE VANSTEENBRUGGE
- ADRES: STEENWEG 88A, 9890 ASPER
- TELEFOONNUMMER: 09 384 15 17
- E-MAIL: VALERIE_VANSTEENBRUGGE@YAHOO.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: KAREN VANDENSTEEN
- ADRES: BEEKSTRAAT 39, 9090 MELLE
- TELEFOONNUMMER: 09 252 19 43
- E-MAIL: DOKTER.VANDENSTEEN@ELSDRIES.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

VOOR LORE MEULEMAN:

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: FILIP PARMENTIER
- ADRES: HOUTKANTLAAN 45, 9800 DEINZE
- TELEFOONNUMMER: 09 380 89 69
- E-MAIL: INFO@HUISARTSENDEBRUG.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: FREDERIK HUYSENTRUYT
- ADRES: STERRESTRAAT 16, 9160 LOKEREN
- TELEFOONNUMMER: 09 348 38 82
- E-MAIL: …
- TYPE-PRAKTIJK : GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

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

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

- START ONDERZOEK: STARTEND VANAF GOEDKEURINGSDATUM EC
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2022

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

X VRAGENLIJSTEN

- ❑ INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK

- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK

- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN

- ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

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

IN EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK ZAL AAN DE HAND VAN EEN VRAGENLIJST GEPEILD WORDEN NAAR DE KWALITEIT VAN DE HUIDIGE COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN. HIERBIJ ZULLEN WE ONS RICHTEN NAAR HUISARTSEN, DIE WERKZAAM ZIJN IN EERSTELIJNSPRAKTIJKEN.

OP BASIS VAN VOORGAANDE ONDERZOEKEN OMTRENT DIT TOPIC WERD REEDS EEN VRAGENLIJST OPGESTELD, WELKE U IN BIJLAGE KAN TERUGVINDEN. DEZE VRAGENLIJST ZAL VOORGELEGD WORDEN AAN EEN PANEL VAN VERSCHILLENDE EXPERTEN (HUISARTSEN, SPORTARTS, EXPERT MET ACHTERGROND IN E-HEALTH), DIE ZICH OVER MINIMAAL 2 GESPREKSRONDEN ZULLEN BUIGEN OVER DE VALIDITEIT VAN DE VRAGENLIJST. AAN DE EXPERTEN ZAL EEN INFORMED CONSENT VOORGELEGD WORDEN. EENMAAL WE EEN VALIDE VRAGENLIJST HEBBEN BEKOMEN, ZAL HIER EEN AMENDEMENT, MET AANGEPASTE VRAGENLIJST, VOOR WORDEN INGEDIEND.

NA GOEDKEURING VAN DIT AMENDEMENT, ZAL DE VRAGENLIJST GEPILOTEERD WORDEN IN EEN GROEP VAN 20 HUISARTSEN. ZIJ ZULLEN DEZE VRAGENLIJST TWEEMAAL BEANTWOORDEN, OP TWEE VERSCHILLENDE TIJDSTIPPEN, OM DE BETROUWBAARHEID NA TE GAAN. BIJ DE VRAGENLIJST ZAL EEN INFORMED CONSENT GEVOEGD WORDEN, WAARIN DE STUDIE UITGELEGD WORDT EN OM TOESTEMMING VOOR DEELNAME GEVRAAGD WORDT. ER WORDEN GEEN PERSOONSGEGEVENS VERZAMELD EN ALLE DATA WORDT ANONIEM VERWERKT. ER ZAL AAN DE DATA EEN CODE TOEGEKEND WORDEN, ZODAT DE ANTWOORDEN VAN TIJDSTIP 1 EN 2 MET ELKAAR VERGELEKEN KUNNEN WORDEN. HIERBIJ IS ER DOOR DE ONDERZOEKERS GEEN TERUGKOPPELING MEER MOGELIJK NAAR DE PERSOONLIJKE GEGEVENS EN ANTWOORDEN).
WANNEER DE VRAGENLIJST OOK BETROUWBAAR BLIJKT TE ZIJN, ZAL DEZE UITEINDELIJK GEPILOTEERD WORDEN IN EEN GROTERE GROEP VAN HUISARTSEN OM DATA TE VERZAMELEN. HET IS DE BEDOELING OM DE HUISARTSEN TE BEREIKEN DOOR VERSCHILLENDE HUISARTSENKRINGEN EN DOMUS MEDICA AAN TE SPREKEN, ALSOOK EEN OPROEP TE LANCEREN VIA SOCIAL MEDIA. DE VRAGENLIJST ZAL ONLINE VERSPREID WORDEN EN HIERVOOR ZAL HET REDCAP SYSTEEM GEBRUIKT WORDEN. ER ZULLEN GEEN PERSOONSGEGEVENS VERZAMELD WORDEN. EVENEENS ZULLEN ALLE GEGEVENS ANONIEM VERWERKT WORDEN. BIJ DE VRAGENLIJST ZAL OOK EEN INFORMED CONSENT GEVOEGD WORDEN, WAARIN DE STUDIE UITGELEGD WORDT EN OM TOESTEMMING VOOR DEELNAME GEVRAAGD WORDT.

FINAAL ZULLEN DE RESULTATEN STATISTISCH WORDEN GEANALYSEERD, ZODAT EEN CONCLUSIE OMTRENT DE HUIDIGE COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN KAN WORDEN GEVORMD. EVENEENS ZAL ER GETRACHT WORDEN OM VERBETERVOORSTELLEN TE FORMULEREN NAAR DE TOEKOMST TOE.

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- X NEEN

INDIEN JA

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

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

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN (VUL UNIVERSITEIT AAN) UGENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA

❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

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

❑ JA

X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 250

D. LEEFTIJD: GAANDE VAN 25J TOT 75J.

E. GESLACHT: MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DOOR HET AANSPREKEN VAN HUISARTSENKRINGEN EN DOMUS MEDICA, ALSOOK EEN OPROEP TE LANCEREN VIA SOCIAL MEDIA.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA

❑ NEEN

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

SCHRIFTELIJK :

X JA

❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

❑ JA

❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

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

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

❑ JA

X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

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

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

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

DE NO-FAULTVERZEKERING VAN UGENT WERD VOORZIEN.

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

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

❑ JA
X NEEN

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

❑ JA
X NEEN

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

❑ JA
X NEEN

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

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

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

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

NIET VAN TOEPASSING

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

❑ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

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

❑ JA
❑ NEEN

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

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

NIET VAN TOEPASSING VOOR DEZE STUDIE

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

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

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

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

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

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

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

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

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

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

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

X NIET VAN TOEPASSING

- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 15 / 12 / 2020
NAAM : EMMELINE DELODDERE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 15/12/2020
NAAM : VALERIE VANSTEENBRUGGE
HANDTEKENING :

Valerie Vansteenbrugge

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 22/12
NAAM : LORE MEULEMAN
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 22/12/20
NAAM : FILIP PARMENTIER
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 17/12/2020
NAAM : PASCAL COOREVITS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 5/1/21
NAAM : DIEGO SCHRANS
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 17 december 2020
NAAM : SARA WILLEMS
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS - Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT - C63
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 30 28

9

Invoegen: versie 2, 15 december 2020, Emmeline Deloddere & Lore Meuleman

10.2.2 Gunstige adviezen

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

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

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-09419	NVT	09/02/2021	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN : EEN ONDERZOEK A.D.H.V. EEN GEVALIDEERDE VRAGENLIJST - Scriptie Lore Meuleman"

B.U.N.: B6702021000087

* Begeleidende brief dd. 15/12/2021
* Adviesaanvraagformulier dd. 15/12/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 2 dd. 15/12/2020:
  Expertenpanel
  pilootgroep
  gezonde proefpersonen
* Vragenlijsten Versie 2 dd. 15/12/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Pascal Coorevits

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

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

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

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité bekomtoont 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)*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemans

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

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

INGANG 75
ROUTE 7522

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

- *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, ♂)

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

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Pascal Coorevits
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 05 06	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-09418 BC-09419	NVT	7/12/2021	1/2

Betreft : Advies Amendement voor studie met als titel :

"COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN : EEN ONDERZOEK A.D.H.V. EEN GEVALIDEERDE VRAGENLIJST - Scriptie Emmeline Deloddere & Lore Meuleman."
B.U.N.: B6702021000086 & B6702021000087
Fase (Phase): NVT

Geachte collega

Wij ontvingen uw aanvraag op 16/11/2021 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

* Begeleidende brief dd. 8/11/2021
  - Opstart Fase II van het protocol
* Adviesaanvraagformulier versie 3 dd. 29/9/2021 (Amendement op het Adviesaanvraagformulier ontvangen dd. 16/11/2021) ondertekend op 8/11/2021
* Vragenlijsten versie 3 dd. 27/9/2021

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

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

Met collegiale groeten

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

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

UZ Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

10.3 Reflectie samenwerking

De samenwerking met Emmeline begon initieel met de zoektocht naar een goed onderwerp. Vanuit mijn eigen sportinteresse- en ervaring leek het me tof om voor een thesisonderwerp te kiezen dat dicht aanleunt bij deze interesse. Ik ging op zoek naar een leuke uitdaging. Zo kwam ik in contact met Emmeline, die deze zelfde interesse deelt. Vervolgens doorliepen we samen de lijst met de verschillende thesisvoorstellen. Ons oog viel meteen op het onderwerp met betrekking tot de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten.

Wij komen frequent met kinesitherapeuten in contact. Hetzij binnen onze sportwereld, hetzij binnen ons eigen werkveld. Meermaals hoorden we het geklaag van bevriende kinesitherapeuten over de communicatie met huisartsen in hun buurt. Anderzijds ondervonden wij in de praktijk ook meermaals zelf het gebrek aan communicatie tussen beide beroepsgroepen en hoe dit invloed heeft op de begeleiding van de patiënt. Communicatie vinden wij beiden enorm belangrijk, want pas zo kan je tot een goed eindresultaat komen. Een fijne samenwerking, alsook een goede begeleiding van de patiënt. Gezien de connectie met onze eigen sportinteresse, maakte dit het voor ons heel interessant om de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten eens onder te loep te nemen.

Initieel hadden wij de bedoeling verder te werken op voorgaande masterproeven. Al snel werden we echter met de neus op de feiten gedrukt: voorgaande masterproeven en literatuur waren ontoereikend om ons onderzoek op te baseren. In overleg met onze (co-)promotor werd een nieuw plan op poten gezet om een methodologisch correcte vragenlijst te ontwikkelen, waarmee de werkelijke communicatie van de huisarts naar de kinesitherapeut bestudeerd kan worden. Doorheen het project werd eveneens nauw samengewerkt met Elisa Dominicus, die een gelijkaardig protocol doorliep. Zij stelde een vragenlijst op die de communicatie bestudeert van de kinesitherapeut naar de huisarts.

Ons kwalitatief onderzoek kan eigenlijk ingedeeld worden in 4 grote fases. In de **eerste fase** werd gestart met een literatuurstudie. Beiden verzamelden we de beschikbare literatuur. De artikels werden verdeeld en doorgelezen. Vervolgens werd de kern van elk artikel samengevat in onze literatuurstudie. Op basis van dit verkennend onderzoek werd de initiële vragenlijst samen opgesteld. In een **tweede fase** werd de validiteit van deze vragenlijst getest. De testing werd gebaseerd op de Delphi-methode. Hiervoor ging iedereen op zoek naar mogelijke experten om finaal tot een panel van 5 experten te komen. Verder gaf ik me op als moderator tijdens de verschillende overlegmomenten met de experten. In een **derde fase** werd de betrouwbaarheid van de gevalideerde vragenlijst nagegaan. Hiervoor werd de vragenlijst vervolgens in REDCap omgezet tot een enquête. Dit omslachtig werk werd opgenomen door Emmeline, in overleg met het REDCap team van de Ugent. Ondertussen hield ik me bezig met de rekrutering van de huisartsen om de betrouwbaarheid van de vragenlijst na te kunnen gaan. Hiervoor mailde ik 16 huisartsenkringen verspreid over Vlaanderen. Tevens hield ik me bezig met oriënterend onderzoek naar het uitvoeren van de 'test-retest reliability', alsook het neerschrijven van de verschillende testings. In een **vierde fase** werden de resultaten van de enquête in REDCap gezamenlijk statistisch geanalyseerd in SPSS. Verder verliep het vormen van de discussie/conclusies ook volledig gezamenlijk. In dit hele proces werd Elisa zeer nauw betrokken, vertrekkende van het opstellen van de vragenlijst tot het interpreteren van de resultaten. De verschillende taken waren ten allen tijde goed in balans en op elkaar afgestemd.

Het liep echter niet altijd van een leien dakje. De covid pandemie gooide meermaals roet in het eten. De verschillende overlegmomenten met ons experten panel konden niet live doorgaan. Verder zorgde de pandemie voor heel wat druk op de eerstelijnszorg en het water stond bij heel wat huisartsen aan de lippen. Hierdoor was het helemaal niet evident om huisartsen te vinden die bereid waren om, naast

de stapels van werk, nog deel te nemen aan ons onderzoek. De pandemie vergde bijgevolg van iedereen heel wat flexibiliteit en onze planning diende meermaals bijgesteld te worden.

De communicatie die wij beiden zo belangrijk vinden, was dan ook van groot belang in onze onderlinge samenwerking. Dit liep naar mijn mening enorm vlot. We zaten meestal op dezelfde golflengte. Wanneer iemand toch niet volledig akkoord/overtuigd was, kon dit ook gewoon besproken worden zonder enige drempel. Op die manier kwamen we steeds tot een mooi en volledig geheel. De afspraken naar timing en planning toe werden ook steeds in beide richtingen correct nagekomen en dit met respect voor elkaars vrije tijd of verlofregeling. Op deze manier was het in feite zeer makkelijk werken.

Aan het einde van ons project kan ik dan ook zeggen dat ik enorm fier ben op het resultaat dat we finaal afgeleverd hebben. Ik ben ervan overtuigd dat onze vragenlijst een belangrijke stap kan vormen in toekomstig onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten, zodat deze op termijn verbeterd kan worden aan de hand van concrete voorstellen in het werkveld. Daarnaast kan ik persoonlijk ook terugkijken op een heel fijne samenwerking met een nog fijnere collega in spe. Hiervoor wil ik Emmeline dan ook nog eens nadrukkelijk bedanken.