Case study: Hoe ervaren patiënten, kinesisten en huisartsen directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn in wijkgezondheidscentrum De Kaai in Gent?

Sarah Van Impe, UGent

Begeleiders:

Dr. Peter Decat, Volksgezondheid en Eerstelijnszorg UGent
Dr. Jessica Fraeyman, Vereniging van Wijkgezondheidscentra
Dr. Pieter Severijns, Revalidatiewetenschappen UHasselt
Hanne Vanderhaeghe, kinesist wijkgezondheidscentrum De Kaai
Els Decroo, zorgcoördinator wijkgezondheidscentrum De Kaai

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotoren als de auteur 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 promotoren 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.

Woord vooraf

Deze masterproef komt voort uit mijn master-na-master opleiding tot huisarts. Als toekomstig huisarts vind ik het belangrijk om multidisciplinair te kunnen werken waarin ieders competentie wordt erkend en optimaal wordt benut. Als huisarts krijgt men vaak de kans om voor een groot deel in de zorg rond de patiënt te werken. Je fungeert veelal als eerste contactpersoon waaruit een groot deel van de verdere zorg doorstroomt. Moesten mijn studies tot arts op niets zijn uitgedraaid was mijn tweede keuze kinesitherapie geweest. Daarom vind ik het jammer dat we in de opleiding geneeskunde zo beperkt in aanraking komen met het kennen en kunnen van de kinesist. Hierdoor zijn artsen soms onvoldoende op de hoogte van de expertise van een kinesist waardoor dit vaak wordt onderbenut en therapie wordt beperkt met het kinesitherapeutisch voorschrift. Het zijn net de kinesisten die in hun domein een veel bredere expertise hebben waardoor ik vind dat het niet aan ons, huisartsen, is om hen te beperken in hun vak. Het is begrijpelijk dat je als kinesist geen zicht hebt op alle zorg rond de patiënt, echter vind ik het persoonlijk jammer dat er geen mogelijkheid is om voor bepaalde problemen rechtstreeks naar een kinesist te gaan zonder verwijzing van een huisarts. Als huisarts blijf je frequent de beheerder en organisator van de toegepaste zorg voor de patiënt, toch is het mogelijk om in de toekomst hierin shiften te creëren afhankelijk van de zorgnood van elke individuele patiënt. Een goede communicatie rond de behandeling van een patiënt door een kinesist blijft hierbij uitermate belangrijk.

Door het belang van het erkennen van elkaars sterktes en zwaktes vond ik het interessant om verder te werken rond de samenwerking met kinesisten. In samenspraak met mijn promotor kozen we er uiteindelijk voor om verder in te werken op het domein rond ‘directe toegang tot de kinesitherapie’ of kortweg ‘DTK’. Uiteindelijk kwamen we terecht bij het wijkgezondheidscentrum De Kaai waar er een pilootproject lopende was waarin DTK werd gesimuleerd. Dit diende dan ook als ideale uitvalsbasis voor ons verdere onderzoek.

Dankwoord

Graag wil ik dr. Peter Decat bedanken, die zijn expertise in het onderzoek verleende om van in het begin alles mee uit te denken en op te volgen waar nodig. Hij bracht vele ideeën aan waarop ik kon voortbouwen en mezelf kon uitdagen om me in dit onderzoek te verdiepen.

Dr. Jessica Fraeyman heeft mij van zeer dichtbij begeleid bij het uitwerken van deze masterproef. Ze hielp mij bij het opstellen van de leidraad voor de focusgroep en interviews, alsook nam zij als stille observator deel aan de focusgroep om mee te helpen bij de verzameling van de data. Verder investeerde zij zeer veel tijd om mij uit te dagen het beste uit dit onderzoek te halen. Een speciale dank gaat dan ook naar haar uit.

Ik wens dr. Pieter Severijns te bedanken voor zijn hulp en feedback op dit eindwerk. Initieel was het plan om een nauwere samenwerking aan te gaan rond een project lopende aan de Universiteit van Hasselt, maar zoals vaak in onderzoek liep de rekrutering minder vlot dan verwacht waardoor er op het laatste moment werd overgeschakeld naar het pilootproject in het wijkgezondheidscentrum De Kaai. Desondanks bleef dr. Severijns mee aan boord om hulp te bieden waar nodig.

Ik zou graag wijkgezondheidscentrum De Kaai bedanken, waarbij ik specifiek kinesiste Hanne Vanderhaeghe en zorgcoördinator Els Decroo wens te vermelden. Dankzij hen kon ik in september van mijn laatste academiejaar als huisarts in opleiding mijn onderzoek alsnog starten. Zij brainstormden meteen enthousiast mee over de mogelijkheden rond de samenwerking tussen hun directe raadpleging en mijn onderzoek over directe toegang tot de kinesitherapie. Ik ben dan ook zeer dankbaar voor hun samenwerking. Verder wil ik ook de zorgverleners en patiënten uit het wijkgezondheidscentrum bedanken die tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan de focusgroep en interviews.

Tot slot wens ik mijn familie, mijn vriend en mijn vriendinnen uit de opleiding geneeskunde te bedanken. Het waren uitdagende en drukke jaren met een flinke portie opoffering om te geraken waar ik nu sta. Zij hebben mij steeds gesteund en geholpen op momenten waar dat nodig was.

Abstract

Achtergrond

In vele landen is het voor patiënten mogelijk om een kinesist te raadplegen zonder tussenkomst van een huisarts. Deze manier van werken heet directe toegang tot de kinesitherapie of kortweg 'DTK'. In België is het echter tot op heden noodzakelijk om over een verwijzing van de huisarts te beschikken.

Onderzoeksvraag

Case study: Hoe ervaren patiënten, kinesisten en huisartsen directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn in wijkgezondheidscentrum (WGC) De Kaai in Gent.

Methodologie

Oriënterende literatuurstudie waarna een kwalitatieve case study wordt uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews bij vijf individuele patiënten met acute lage rugpijn en een focusgroep met twee huisartsen en drie kinesisten. Deze case study vindt plaats binnen een pilootproject waarbij directe toegang tot de kinesitherapie wordt nagebootst in WGC De Kaai in Gent.

Resultaten

Uit de focusgroep komt naar voor dat in geval van DTK er vraag is naar een uniform medisch programma waarbij eenvoudige communicatie tussen huisarts en kinesist mogelijk wordt. Huisartsen hebben voldoende vertrouwen in de kinesisten, maar worden tijdens hun opleiding onvoldoende op de hoogte gesteld van de bekwaamheden van kinesisten. Een aanvullende opleiding zou kinesisten kunnen voorbereiden op een systeem van DTK. Het frequent incorrect ingevuld kinesitherapeutisch voorschrift zorgt op heden voor frustraties bij de kinesisten. De noodzaak tot attestering van de arbeidsongeschiktheid zorgt voor een onnodige verplichte consultatie bij de huisarts. In geval van betaling per prestatie wordt er gevreesd dat er lange wachtrijen bij de kinesist zullen ontstaan wegens overbehandeling, echter gaan de deelnemers nog steeds uit van de goede intentie van een zorgverlener. In onze case study in het WGC zijn veel van deze hindernissen niet aanwezig omdat er nauw wordt samengewerkt onder één dak met een gedeeld medisch programma. De vraag blijft: kan dit buiten het WGC werken? En hoe dan?

Patiënten zijn algemeen tevreden over de snelle hulpverlening in het pilootproject. Sommige verkiezen steeds eerst hun huisarts te consulteren, terwijl anderen voorstander zijn van een rechtstreeks consult bij de kinesist. De verplichte omweg via de huisarts zou voor sommigen tot uitstel van de hulpvraag kunnen zorgen.

Conclusie

De deelnemende zorgverleners zijn over het algemeen voorstander van DTK, maar geven hierbij de kritische noot dat zij in het WGC elkaar kennen, gebruik maken van een gemeenschappelijk medisch dossier en onder hetzelfde dak werken. Hun bedenking luidt dan ook of DTK mogelijk zou zijn buiten het WGC waarbij veel van deze voordelen momenteel ontbreken. Sommige patiënten zijn voorstander van DTK, andere verkiezen steeds eerst hun huisarts te raadplegen.

Inhoudstafel

Woord vooraf 2

Dankwoord 3

Abstract 4

Inleiding 7

1. Directe toegang tot de kinesitherapie 7

1.1 Voordelen 7

1.2 Nadelen 8

2. DTK over de grenzen heen 8

2.1 DTK in het buitenland 8

2.2 België 9

2.2.1 Wettelijk kader 9

2.2.2 Huidige stand van zaken 10

2.2.3 Voorgaand onderzoek 10

Doel 12

Methodologie 13

1. Literatuuronderzoek 13

2. Studieprotocol 13

Resultaten 15

1. Demografische gegevens 15

2. Resultaten uit focusgroep en interviews 16

2.1 Mindmap 16

2.2 Sterktes 16

2.2.1 Betere samenwerking tussen kinesist en huisarts 16

2.2.2 Kennis verruimen 17

2.2.3 Snelle hulpverlening 17

2.2.4 Keuzevrijheid patiënt 19

2.3 Bezorgdheden 19

2.3.1 Kinesitherapeutisch voorschrift nu nog nodig 19

2.3.2 Arbeidsongeschiktheidsattest enkel door huisarts 20

2.3.3 Overbehandeling 21

2.3.4 Langere wachtrijen 21

2.4 Wat is er nodig? 22

2.4.1 Gemeenschappelijk medisch platform 22

2.4.2 Toestemming van patiënt tot inzage medisch dossier 22

2.4.3 Elkaar kennen 23

2.4.4 Aanvullende opleiding voor kinesisten 24
2.4.5 Aanmeldingsformulier voor de patiënt 24
2.5 De patiënt staat centraal 25
Discussie 26
1. Vergelijking van resultaten met bestaande literatuur 26
2. Grenzen van het onderzoek 28
3. Suggesties voor verder onderzoek 29
Conclusie 30
Referenties 31
Bijlagen 33
Bijlage 1: Protocol ethisch comité 33
Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité 38
1. Gunstig advies initieel protocol 38
2. Gunstig advies aangepast protocol 39
Bijlage 3: Praktijkrichtlijn Triage - Wijkgezondheidscentrum De Kaai 40
Bijlage 4: Rode vlaggen 41
1. Rode vlaggen Praktijkrichtlijn – Wijkgezondheidscentrum De Kaai 41
2. Rode vlaggen - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (25) 41
Bijlage 5: Informatiebrief patiënten 43
Bijlage 6: Voorbereiding interview 44
Bijlage 7: Voorbereiding focusgroep 46

Inleiding

1. Directe toegang tot de kinesitherapie

In de gezondheidssector streeft men steeds naar een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor ieder individu. Om aan de stijgende vraag te kunnen blijven voldoen dient het gezondheidszorgsysteem regelmatig te worden herzien (1-4). Over de hele wereld zijn er landen waarbij verschillende paramedici rechtstreeks kunnen geraadpleegd worden zonder doorverwijzing van een arts. Dit geeft de individuele patiënt een grotere keuzevrijheid om voor hun probleem de best mogelijke zorgverlener te selecteren (1). Zo is het in vele landen binnen en buiten de Europese Unie reeds mogelijk om zonder een verwijsbrief van een arts een kinesist te raadplegen. Deze vorm van werken heet de 'directe toegang tot de kinesitherapie' of kortweg 'DTK'. Echter, in België bestaat deze werkvorm tot op heden niet.

Een belangrijk aandachtspunt bij DTK is dat het geen verplichting is voor de patiënt. De patiënt blijft de keuzevrijheid behouden om eerst een arts of rechtstreeks een kinesist te raadplegen (2, 5). Sommige patiënten kiezen bij de mogelijkheid tot DTK er nog steeds voor om eerst hun huisarts te raadplegen, aangezien deze een overzicht van de klachten van de patiënt heeft en vele patiënten het aangenaam vinden dat hun huisarts als eerste hun probleem bekijkt (2). In geval van zelfverwijzing van een patiënt rechtstreeks naar een kinesist is het ook mogelijk dat bij de initiële analyse de kinesist je doorverwijst naar een arts indien er een contra-indicatie bestaat om een behandeling op te starten. Echter, in een systeem zonder DTK kan de keuze van behandeling en therapeut door de patiënt in het gedrang komen aangezien de huisarts deze keuze mee stuurt. Nochtans is de vrije keuze van de patiënt een fundamenteel patiëntenrecht (6). Vooraleer men DTK kritisch kan bekijken is het belangrijk om de voor- en nadelen van dit systeem op te lijsten.

1.1 Voordelen

Als voordelen van DTK voor de patiënt, gevonden in buitenlandse studies, worden vooral de grotere keuzevrijheid van behandelaar gezien alsook het feit dat patiënten sneller met hun probleem geholpen worden. Er is een vermindering van wachtlijsten voor bepaalde behandelingen en als gevolg hiervan wordt er minder chroniciteit in de hand gewerkt en ervaart men een grotere tevredenheid onder patiënten (1-3, 5-10). Echter, teveel keuzevrijheid kan ook zorgen voor meer keuzestress (2). Een mogelijke oplossing hiervoor is het creëren van beslishulpen die patiënten kunnen helpen in hun keuze van verwijzing (11), alsook blijft het binnen DTK mogelijk om eerst een huisarts te raadplegen. Sommige patiënten zien de verplichte consultatie bij hun huisarts eerder als tijdrovend en financieel belastend waardoor ze hun zorgvraag vaker uitstellen (5). Met DTK kan dit worden opgevangen.

Voor kinesisten geeft DTK meer professionele verantwoordelijkheid waarbij ze onafhankelijk beslissingen over de zorg van hun patiënten kunnen nemen. Hierdoor worden kinesisten meer uitgedaagd in hun specialisme, halen ze meer voldoening uit hun werk en ervaren ze een grotere waardering voor hun prestaties (1, 5-6). DTK biedt kinesisten een grotere mogelijkheid om hun preventieve competenties te benutten (5, 8). Bovendien is de directe toegang niet verplichtend voor de kinesist. Deze heeft zelf de keuze om al dan niet mee in het DTK-systeem te stappen (8).

Voor artsen heeft DTK als voordeel dat het de werkbelasting kan verminderen. Dit gebeurt onder andere door een daling van het aantal consulten met de vraag naar een kinesitherapeutische verwijzing, alsook door een daling van de vraag naar retroactieve voorschriften (1, 5-6, 8, 12). Echter, er is aangetoond dat dit voor de individuele huisarts amper merkbaar is (microniveau) (4, 12). Op macroniveau daarentegen heeft DTK wel zijn impact, namelijk op vlak van kosten voor de

gezondheidszorg. Zo is er vermindering in het voorschrijven van medicatie, aanvragen voor beeldvorming alsook verwijzingen naar arts-specialisten al dan niet gevolgd door ingrepen en ziekenhuisopnames (1, 6-7, 9-10).

1.2 Nadelen

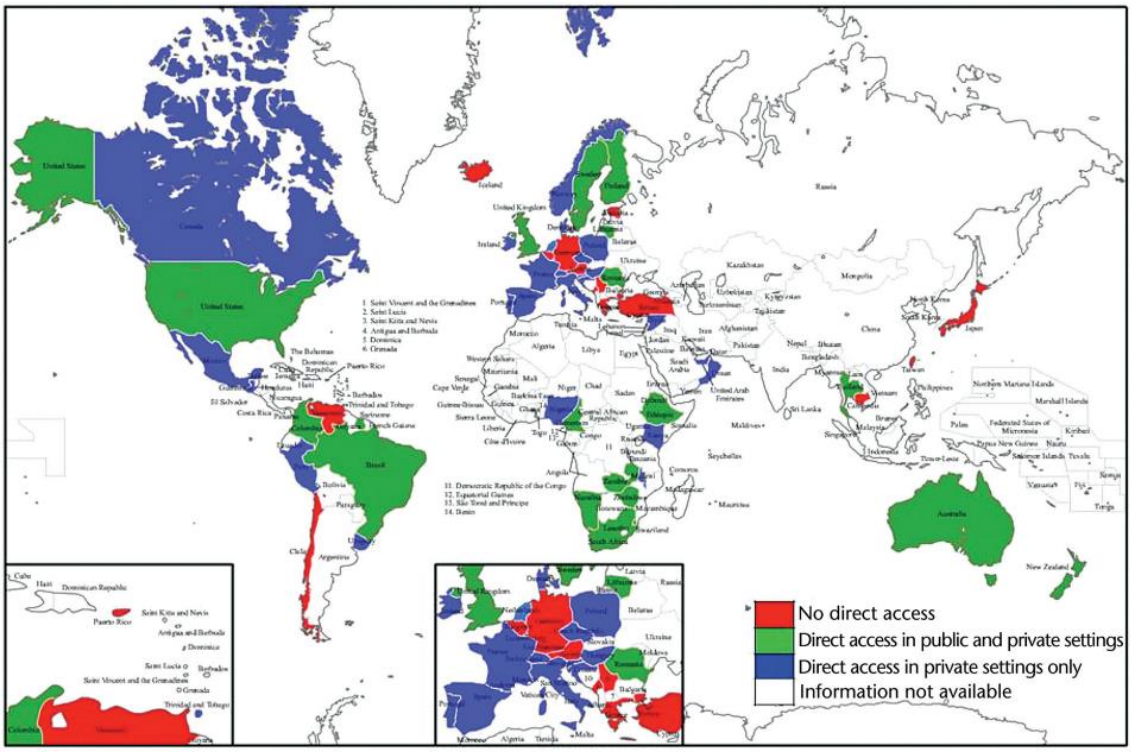
Als nadeel van DTK wordt er gevreesd dat kinesisten onvoldoende kennis beheersen waardoor er een grotere kans is op het missen van belangrijke diagnoses (1, 3, 13). Bovendien is de huidige communicatie tussen (huis-)artsen en kinesisten ondermaats wat deze angst voor gemiste diagnoses vergroot (1-2, 14-16). Hierop kan geanticipeerd worden door in te zetten op een beter communicatiebeleid tussen de verschillende zorgverleners met behulp van een centraal patiëntendossier en kan er in geval van DTK steeds naar de huisarts gerapporteerd worden. Zo blijft de huisarts als sleutelfiguur in de zorg rond de patiënt fungeren (2). Verder kan men de kennis van kinesisten optimaliseren door een uniforme of aanvullende opleiding te implementeren, eventueel gelijkgesteld in de volledige Europese Unie (1, 17). Bij deze aanvullende opleiding ligt de focus voornamelijk op de detectie van relatieve en absolute contra-indicaties voor behandeling waarbij verwijzing naar een arts noodzakelijk is (1).

2. DTK over de grenzen heen

2.1 DTK in het buitenland

DTK is in Nederland reeds in voege sinds 2006, echter is het in België nog steeds genoodzaakt om over een verwijsbrief van een arts te beschikken. Als men gaat kijken naar de resultaten van het invoeren van DTK, waarbij zelfverwijzing dus een mogelijkheid wordt, dan ziet men dat patiënten na zelfverwijzing vaker hun behandeldoelen behalen dan na verwijzing door een arts. Bovendien zijn er bij zelfverwijzing minder behandelsessies nodig, wordt de behandeling vaker afgewerkt en stopt de patiënt de behandeling minder vaak zelf (1-2, 4, 9-10, 18-20). Bij zelfverwijzing verwacht je dan ook dat patiënten gemotiveerder zijn om de behandeling te starten en te voltooien aangezien dit volledig op hun eigen initiatief berust. Globaal gezien heeft DTK geen stijging veroorzaakt in het gebruik van kinesitherapie. Echter, de mensen die gebruik maken van DTK hebben gemiddeld gezien een ander profiel dan deze die verwezen worden. Zo wordt er meer gebruik gemaakt van DTK door jonge en hoger opgeleide mensen, mensen die reeds gebruik maakten van DTK, in geval van terugkomende problemen of bij nieuwe problemen die minder dan één maand bestaan. Ook de soort klacht speelt een rol. Zo wordt er bijvoorbeeld meer gebruik gemaakt van DTK in geval van pijnklachten ter hoogte van de rug en nek (1, 2, 4, 7, 18-20).

DTK is reeds mogelijk in een groot deel van de wereld (zie figuur 1). Een eenduidig wettelijk kader is jammer genoeg vaak onvindbaar waardoor het onduidelijk is waar en voor welke problematiek DTK mag gebruikt worden. Bovendien gebeurt de uitvoering van DTK voornamelijk in privépraktijken en ontbreekt een duidelijk financieel kader waardoor verzekeraars grotendeels beperkte tot geen terugbetaling voorzien (3, 17).



[a] Those countries not colored either did not respond to the survey or do not have a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) member organization.

Figuur 1. Wereldkaart van directe toegang en zelfverwijzing (17).

Verder worden er verscheidene bevorderende en belemmerende factoren erkend bij de mogelijke implementatie van DTK. De vraag voor meer professionele autonomie werkt als een bevorderende factor. Steun van medici, politici en beleidsmakers kunnen zowel bevorderend als belemmerend werken, afhankelijk van hun standpunten. Economische overwegingen kunnen bevorderend zijn waarbij de kosteneffectiviteit van DTK wordt vermoed, echter zijn de terugbetalingsvoorwaarden bij verzekeraars momenteel zeer uiteenlopend wat de implementatie dan weer tegenwerkt. Bewijs uit studies over klinische uitkomsten en kosteneffectiviteit, transparantie in kennisoverdracht, uniforme opleidingen en aanvullende bijscholingen met voorbeelden van goede praktijkvoeringen werken ook bevorderend voor de mogelijke implementatie (3, 7, 17).

2.2 België

2.2.1 Wettelijk kader

In de Belgische wet van 10 mei 2015 staat in artikel 43 §1 en §2 vermeldt dat het kinesitherapeutisch beroep enkel mag worden uitgeoefend door iemand die in het bezit is van een erkenning afgegeven door de minister bevoegd voor Volksgezondheid. Deze erkenning mag enkel worden toegekend aan de houder van een universitair diploma in kinesitherapie of een diploma van hoger onderwijs buiten de universiteit in kinesitherapie dat een opleiding in het kader van een voltijds onderwijs bekroont dat ten minste vier studiejaren omvat. Toch is het in België tot op de dag van vandaag niet mogelijk om met deze erkenning zonder verwijzing onder bepaalde voorwaarden kinesitherapie te verlenen aan patiënten. In artikel 43 §6 staat immers dat deze personen enkel kinesitherapie mogen uitoefenen ten aanzien van de patiënten die op grond van een voorschrift door een persoon worden verwezen die krachtens artikel 3 §1 gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen of, voor wat de kinesitherapie betreft voor temporomandibulaire dysfuncties, die verwezen worden door een persoon die krachtens artikel 4 gemachtigd is om de tandheelkunde uit te oefenen. Dit voorschrift vermeldt de diagnostische gegevens van de arts of van de tandheelkundige, het maximum aantal behandelingsbeurten, de

eventuele prestaties die dienen te worden uitgevoerd en de eventuele contra-indicaties voor bepaalde behandelingswijzen. Slechts wanneer de voorschrijver ermee instemt, mag de kinesist ook andere dan de voorgeschreven prestaties verrichten of de voorgeschreven prestaties niet verrichten. Op verzoek van de voorschrijver bezorgt de kinesist hem een verslag over de uitvoering van de behandeling en de verkregen resultaten (21). Deze wet zorgt ervoor dat de competenties van kinesisten in België niet optimaal benut kunnen worden. Bovendien komt dringende kinesitherapeutische zorgverlening in het gedrang en moeten patiënten langer wachten op de gepaste behandeling waardoor de kans op chroniciteit van hun klachten stijgt en werkverlet toeneemt (8).

2.2.2 Huidige stand van zaken

In 2015 bracht de Federale Raad voor Kinesitherapie een advies uit omtrent DTK. Het advies bestaat uit een oplijsting van redenen waarom en situaties waarin kinesisten behandelingen zouden kunnen uitvoeren waarvoor geen medisch voorschrift van een arts nodig is. Dit zijn lijsten van behandelingen bij functioneringsproblemen per doelgroep en per lichaamsstelsel alsook handelingen in het kader van preventie en gezondheidspromotie. Bij de uitvoering volgt de kinesist een stappenplan waarbij een voorafgaande screening bepaalt of de situatie veilig genoeg is om zelfstandig een onderzoek en behandelplan voor de patiënt op te stellen en uit te voeren. Verder legt men in dit advies duidelijk vast wanneer verwijzing naar een arts noodzakelijk is, namelijk in geval van vaststelling van ernstige stoornissen of rode vlaggen (5). Bij de invoering van DTK is het bijgevolg van belang dat de artsen, maar ook de patiënten, op de hoogte worden gesteld van de klachten waarmee ze rechtstreeks een kinesist kunnen raadplegen (8). Ook de Hoge Raad voor Zelfstandigen en de Kleine en Middelgrote Ondernemingen bracht in 2017 een advies uit waarin ze voorstander zijn van directe toegang tot de kinesitherapie binnen een wettelijk vastgelegd kader. Alleen zo kunnen kinesisten hun competenties maximaal benutten, onder meer in de preventieve context. Bovendien komt op heden het patiëntenrecht betreffende de vrije keuze van therapeut in het gedrang onder het huidige Belgische beleid (6), aangezien patiënten zich vaker gaan baseren op de keuze van hun verwijzend arts.

Op heden wordt er in België reeds zeer veel multidisciplinair gewerkt. Hierbij werken verschillende zorgverleners samen aan de zorg rond een patiënt, maar gaat elke individuele zorgverlener zich vaak nog vasthouden aan zijn of haar eigen visie en manier van werken. Echter, in vele wijkgezondheidscentra wordt er gestreefd naar zorgcomplementariteit waarbij men streeft naar een interdisciplinaire werking met overkoepelende patiëntendossiers en de verschillende zorgverleners een gemeenschappelijke visie op de zorg delen. De Vereniging van Wijkgezondheidscentra definieert zorgcomplementariteit als: *“de kwaliteiten van de verschillende zorgverleners in een interdisciplinair team (h)erkennen en optimaal inzetten in een gedeelde visie en verantwoordelijkheid om zo een kwaliteitsvolle en integrale zorg samen met de patiënt te organiseren”*. De opstelling van dit zorgteam gebeurt op een niet-hiërarchische wijze waarbij wordt nagegaan of alle nodige kwaliteiten aanwezig zijn. In de wijkgezondheidscentra werkt men met verschillende zorgverleners samen onder één dak en wordt er naar deze manier van werken gestreefd (22). Deze visie is geen vorm van DTK maar benadert deze wel waardoor het een ideale uitvalsbasis is om DTK uit te testen. Er wordt namelijk gestreefd naar het erkennen van ieders expertise om deze zo goed mogelijk te implementeren in de gezamenlijke zorg rond de patiënt.

2.2.3 Voorgaand onderzoek

In verschillende voorgaande masterproeven wordt er aangetoond dat er nog heel wat verbetering nodig is in de communicatie tussen verschillende zorgverleners. Zo wordt de ontevredenheid over de huidige beperkte communicatie tussen huisartsen en kinesisten steeds weer aangehaald. Deze ontevredenheid wordt gelinkt aan het ontbreken van een eenduidig elektronisch patiëntendossier waar er mogelijkheid is voor kinesisten om duidelijke relevante informatie over de patiënt te kunnen

opvragen. Dit staat echter zelden op het kinesitherapeutisch voorschrift waardoor zij onvolledig op de hoogte zijn van belangrijke informatie die de behandeling mogelijk kan beïnvloeden. Bovendien vormt het kinesitherapeutisch voorschrift een beperking in de behandelvrijheid van de kinesist door de opgedragen behandeling genoteerd op dit voorschrift. Dit met de notie dat het merendeel van de huisartsen onvoldoende op de hoogte blijkt te zijn van de algemene behandelmogelijkheden van de kinesisten alsook de meer specifieke specialisaties van de kinesisten werkende in hun praktiserende omgeving. Een duidelijke sociale kaart en regelmatige georganiseerde contactmomenten zouden hier mogelijk verbetering in kunnen brengen. Anderzijds zijn huisartsen ontevreden over het feit dat zij zelden rapportering ontvangen van de door de kinesist uitgevoerde behandeling. Hierdoor zijn zij niet op de hoogte van wie de behandelend kinesist is, welke therapie er juist werd uitgevoerd en of de vooropgestelde behandeldoelen werden bereikt. Een uitgebreid verslag wordt meestal niet verwacht maar een kort start- en eindverslag zou hierin kunnen tegemoetkomen. Dit is voor kinesisten echter een struikelblok wegens het gebrek aan tijd en de afwezigheid van vergoeding (14-16).

In een recent onderzoek werd de visie van huisartsen ten opzichte van de invoering van DTK geëxploreerd. Hierbij werden 6 Vlaamse huisartsen ondervraagd over hun perceptie rond DTK. Deze huisartsen zien het belang van de erkenning van de professionele autonomie van kinesisten, hoewel zij geen duidelijk verband tussen de invoering van DTK en de toename van de autonomie van de kinesisten zien. Ondanks het vertrouwen in de kennis en ervaring van kinesisten blijft aarzeling en bezorgdheid rond DTK aanwezig. Het verplichte voorschrift dwingt hen op heden namelijk om samen te werken waardoor ze het overzicht over de zorg rond de patiënt blijven bewaren. Echter stelt men dat bepaalde voorwaarden dienen te worden voldaan voordat DTK in België in voege zou kunnen gaan, waaronder onder andere bepaalde vastgestelde protocollen en verbetering in de communicatie. Het besluit in dit onderzoek toont aan dat verder onderzoek rond de perceptie van kinesisten en patiënten hierin een meerwaarde kan bieden (23).

Doel

Het doel van deze masterproef is dan ook om na te gaan hoe patiënten, kinesisten en huisartsen van wijkgezondheidscentrum (WGC) De Kaai in Gent DTK ervaren. Wat is hun standpunt hierover? Zijn zij voorstanders of verkiezen zij toch eerder het huidige systeem met verplichte verwijzing? Het is de bedoeling om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen aan de hand van de perspectieven van zowel de huisarts, de kinesist alsook de behandelde patiënt binnen het pilootproject. Aangezien deze invalshoek uniek is in Belgische setting, is het een meerwaarde dit verder te onderzoeken omdat dit mogelijk zou kunnen bijdragen aan het al dan niet implementeren van DTK in België.

Methodologie

1. Literatuuronderzoek

Voor de start van dit onderzoek wordt er nagegaan wat er in de literatuur gekend is omtrent DTK om zo vertrouwd te geraken met het onderwerp. Er wordt gezocht naar artikels over directe toegang tot de kinesitherapie in België, Nederland, alsook enkele globale artikels werden geïncludeerd. Een systematisch literatuuronderzoek wordt niet uitgevoerd aangezien dit ons te ver zou leiden en de focus ligt op de ervaringen van de patiënt en de zorgverleners. Hierdoor wordt er gekozen voor een oriënterend literatuuronderzoek. Artikels worden weerhouden vanaf 2006, namelijk vanaf de invoeging van DTK in Nederland. Oudere artikels worden verworpen.

2. Studieprotocol

De opzet van deze studie is het exploreren van de ervaringen omtrent DTK bij patiënten, kinesisten en huisartsen rond acute lage rugpijn. Deze case study gebeurt door middel van een kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews bij patiënten met acute lage rugpijn en een focusgroep met kinesisten en huisartsen. Er wordt gekozen om zowel patiënten alsook zorgverleners betrokken binnen de setting van DTK te bevragen om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen. Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit van Gent (zie bijlagen 1 en 2).

Participanten voor het onderzoek worden gerekruteerd in het wijkgezondheidscentrum De Kaai te Gent. In dit WGC is er een pilootproject lopende rond directe of dringende raadpleging bij enkele zorgverleners. Hierbij kunnen patiënten met een dringende hulpvraag na telefonische triage door het onthaal rechtstreeks op raadpleging komen bij kinesisten, huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De triage gebeurt met behulp van een ondersteunende praktijkrichtlijn waarmee het onthaal kan inschatten of directe raadpleging mogelijk is (zie bijlage 3). Deze directe raadpleging gaat door op een vast moment per dag waarbij steeds een huisarts in het WGC stand-by staat om hulp te bieden waar nodig. Bij de kinesitherapeutische directe raadpleging kan zo bijvoorbeeld de stand-by arts worden geraadpleegd indien de kinesist de noodzaak ziet tot arbeidsongeschiktheid, medicamenteuze behandeling, aanvullende beeldvorming of in geval van rode vlaggen (zie bijlage 4) waarbij doorverwijzing naar de huisarts noodzakelijk is. Dit pilootproject is reeds enkele maanden lopende in het WGC voor de start van rekrutering van participanten voor deze masterproef waardoor dit de ideale uitvalsbasis vormt om een DTK-setting te evalueren.

Voor de dataverzameling wordt louter gefocust op patiënten met acute lage rugpijn waarvoor men bij de kinesist op directe raadpleging komt (zie inclusie- en exclusiecriteria hieronder). Bij patiënten met acute lage rugpijn wordt een eenmalig semigestructureerd interview afgenomen kort na de eerste directe raadpleging bij de kinesist, ongeacht de vervolgbehandeling. Deze patiënten zullen door de kinesist worden aangesproken of worden na het consult gecontacteerd voor deelname binnen de studie waarna zij een informatiebrief over de studie (zie bijlage 5) en het informed consent ter ondertekening voorgelegd krijgen. Hierbij is er steeds ruimte voorzien voor vragen. Na mondelinge en schriftelijke toestemming tot deelname zal de onderzoeker, huisarts in opleiding Dr. Sarah Van Impe, deze patiënten contacteren voor een afspraak voor het interview in het WGC of indien gewenst bij de patiënt thuis.

Inclusiecriteria patiënten:

- Patiënten vanaf 18 jaar.
- Acute lage rugpijn sinds 24 uur en niet langer dan 6 weken (24-25).
- Rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien (26).

- Recidiverende rugpijn, waarbij pijnvrije periodes tussen de rugpijn-episodes.
- Consult directe raadpleging bij de kinesist binnen het WGC voor deze acuut ontstane lage rugpijn zonder tussenkomst van een huisarts.
- Ongeacht voorgestelde vervolgbehandeling (inclusief advies stand-by huisarts).

Exclusiecriteria patiënten:

- Patiënten jonger dan 18 jaar.
- Subacute (> 6 weken) of chronische (> 3 maanden) lage rugpijn met acute opstoot.

Tot slot wordt een eenmalige focusgroep georganiseerd met huisartsen en kinesisten uit het WGC. Het enige inclusiecriterium is dat zij dienen te werken binnen het pilootproject. Ook aan deze zorgverleners wordt vooraf het studieprotocol uitgelegd waarna zij vrij zijn tot vraagstelling en deelname aan het onderzoek. Bij mondeling akkoord tot deelname ontvangen zij een informed consent ter nalezing en ter ondertekening.

Zowel patiënten als zorgverleners kunnen op ieder moment hun toestemming tot deelname intrekken en uit de studie stappen. Er wordt hun uitgelegd dat dit geen enkele invloed zal hebben op noch hun behandeling, noch hun onderlinge relatie binnen het WGC met de zorgverleners en noch de relatie met de onderzoeker binnen de studie. Indien er verdere onduidelijkheden zijn kan er contact opgenomen worden met de onderzoeker, Dr. Sarah Van Impe.

Ter voorbereiding van de semigestructureerde interviews worden vragen opgesteld die als handvaten dienen gedurende het interview (zie bijlage 6). Een algemene introductievraag wordt gesteld waarna zoveel mogelijk het spoor van de ondervraagde wordt gevolgd. Ook voor het focusgroepsgesprek wordt vooraf een leidraad opgesteld met te behandelen vragen (zie bijlage 7). De focus wordt hier gelegd op de groepsdynamiek waarbij dieper wordt ingegaan op de meningen van de groepsleden. Zowel de interviews als de focusgroep worden opgenomen met een audiorecorder om de volledige aandacht op het gesprek te kunnen bewaren. Deze opnames worden uitgeschreven en na afloop van het onderzoek verwijderd. Anonimiteit wordt gegarandeerd waarbij elke deelnemer een nummer wordt toegekend.

Resultaten

1. Demografische gegevens

Voor het genereren van de resultaten werd een focusgroep georganiseerd met twee huisartsen en drie kinesisten waarbij allen tewerkgesteld waren in het WGC. Voor het bekomen van de resultaten van de patiënten werden vijf interviews afgenomen.

Spreker	Functie	Geslacht	Leeftijd	Aantal jaar werkend	Aantal jaar werkend in WGC
H1	Huisarts	Man	30 jaar	5,5 jaar (incl. HAIO-traject)	1,5 jaar
H2	Huisarts	Vrouw	28 jaar	4 jaar (incl. HAIO-traject)	6 maanden
K1	Kinesist	Vrouw	26 jaar	2,5 jaar	2 jaar
K2	Kinesist	Vrouw	33 jaar	9,5 jaar	4,5 jaar
K3	Kinesist	Vrouw	25 jaar	1,5 jaar	1,5 jaar

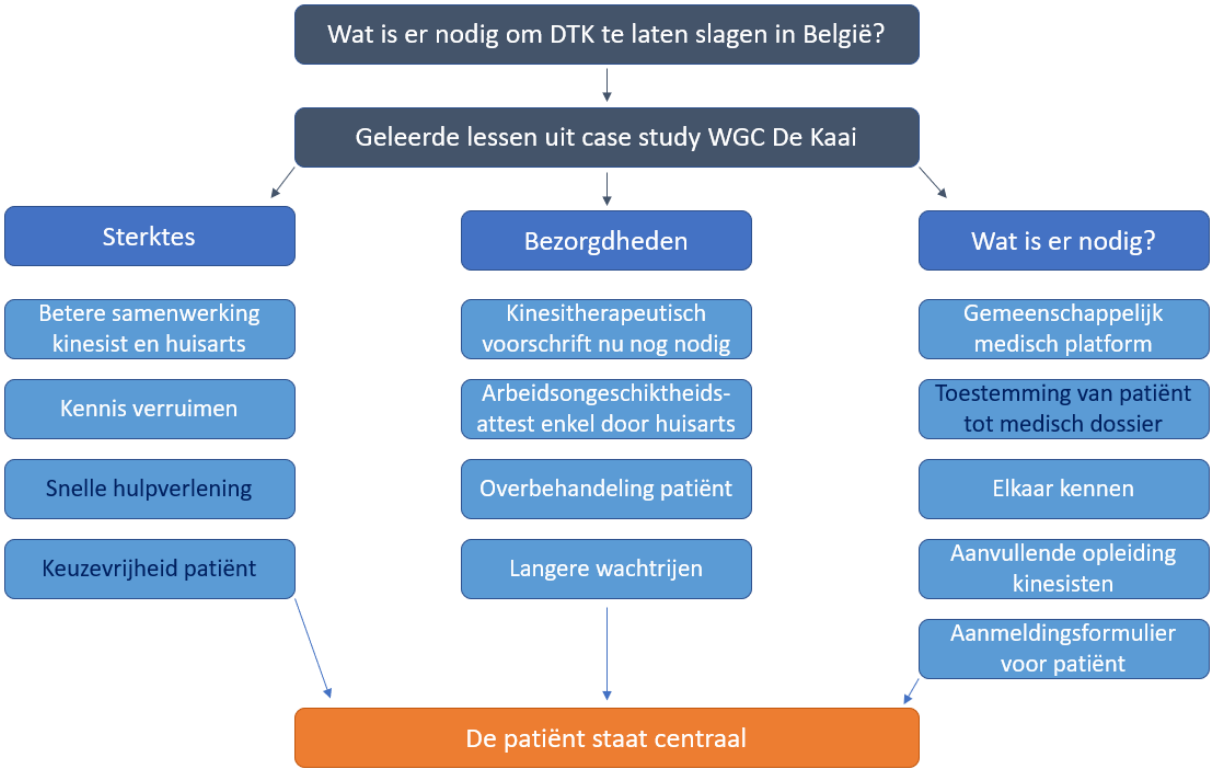
Tabel 1. Demografische gegevens deelnemers focusgroep.
HAIO = huisarts in opleiding.

Patiënt	Geslacht	Leeftijd	Al bij kinesist geweest voor rugpijn (inclusief raadpleging DTK)?	Al bij kinesist geweest voor ander probleem?	Aantal jaar in WGC
1	Man	45 jaar	Ja, 3 keer	Nee	6-7 jaar
2	Man	39 jaar	Ja, 2 keer	Ja	3 jaar
3	Vrouw	50 jaar	Nee	Nee	4-5 jaar
4	Vrouw	63 jaar	Ja, 3-4 keer	Ja	10 jaar
5	Man	48 jaar	Ja, reeds enkele keren	Ja	1 jaar

Tabel 2. Demografische gegevens patiënten.

2. Resultaten uit focusgroep en interviews

2.1 Mindmap



Figuur 2. Mindmap resultaten.
In het wit worden de aspecten aangehaald door de zorgverleners weergegeven, in het donkerblauw deze van de patiënten.

2.2 Sterktes

2.2.1 Betere samenwerking tussen kinesist en huisarts

"Met de directe toegang is de samenwerking met de artsen veel dichter." (K2)
"Ik voel mij ingelicht omdat het in het dossier staat." (H2)

In het pilootproject in het wijkgezondheidscentrum De Kaai merken de huisartsen en kinesisten dat de samenwerking in geval van directe toegang vrij vlot verloopt. Ze zitten namelijk op dezelfde verdieping en er is steeds een stand-by arts aanwezig in geval er noodzaak is tot overleg.

"Met de directe toegang is de samenwerking met de artsen veel dichter, omdat we fysiek dichter zitten beneden. Je kan eens overleggen of iets vragen, dus je ervaring verruimt wel." (K2)

In de focusgroep is er unanimiteit dat er niet voor elke patiënt die op directe raadpleging komt dient overlegd te worden met de arts, onder meer omdat dit anders opnieuw een extra werkbelasting met zich meebrengt. Bij complexere patiënten, bij vragen of problemen wordt er echter sneller overlegd. Dit kan tijdens een gezamenlijk overleg, via mail, via telefoon of kort op de gang bij het tegenkomen van de betreffende huisarts. Alles wordt namelijk in het dossier geschreven waartoe zowel de huisarts als de kinesist die met de patiënt in contact komen toegang heeft. Zo heeft de kinesist steeds toegang tot belangrijke voorgeschiedenis of medicatiegebruik via het dossier en ziet de arts wat er is gebeurd bij de kinesist.

"Ik voel mij ingelicht omdat het in het dossier staat. De volgende keer dat die patiënt bij mij zit, weet ik wat ze daar gedaan hebben. Dat is het meest relevante." (H2)

2.2.2 Kennis verruimen

"Ik vind het een verrijking van mijn kennis." (K3)

Met het pilootproject van directe raadpleging merken we dat de kinesisten uit de focusgroep meer voldoening halen uit hun werk. Voor hen geeft dit project hun het gevoel dat ze bepaalde leerstof (bijvoorbeeld rode vlaggen, contra-indicaties, klinisch redeneren) uit hun vijfjarige opleiding niet voor niets gezien hebben. Dit blijkt ook uit de volgende citaten:

"Het is toch niet voor niets dat ik dat in die vijf jaar gezien heb en dat het zo vaak aan bod is gekomen. Nu kan je het effectief ook toepassen, wat voor jezelf voldoening geeft omdat je de kennis die je hebt ook in de praktijk kan toepassen en dat vond ik de voorbije jaren minder". (K2)
"Het verruimt je blik voor een stuk, dat is wel leuk." (K1)
"Ik heb veel geleerd door dat te doen." "Mijn klinisch redeneren is meer nodig en het is een leuke afwisseling met de gewone consulten." "Ik vind het een verrijking van mijn kennis." (K3)

2.2.3 Snelle hulpverlening

"Ik denk dat de meeste patiënten wel tevreden zijn omdat ze de dag zelf gezien worden." (H1)

De deelnemers van de focusgroep denken dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn over het pilootproject, al is deze tevredenheid nog onvoldoende onderzocht. Bij de opstart van het pilootproject was er weinig communicatie naar de patiënten toe en werd er frequenter weerstand van de patiënten opgemerkt omdat ze nog niet vertrouwd waren met het concept. Dit is met het verloop van het project verbeterd en sommige patiënten vragen nu zelf naar een afspraak bij de kinesist. De meeste patiënten zijn volgens hen tevreden omdat ze de dag zelf gezien kunnen worden, meteen advies en oefeningen meekrijgen en een mogelijke vervolgbehandeling sneller kan worden opgestart. Sommige patiënten geven aan liever eerst bij de huisarts te komen. Een mogelijke onderliggende verklaring hiervoor is dat patiënten een briefje nodig hebben voor hun werk en niet op de hoogte zijn dat dit ook bij de kinesisten kan worden geregeld via de stand-by arts. Bovendien is het steeds mogelijk voor de patiënten om toch eerst door een arts gezien te worden indien zij dit wensen.

"Ik vond dat raar." – "Verloren consultatie bij de dokter." – "De huisarts bekijkt breder."

De meningen over deze directe raadplegingen waren bij de geïnterviewde patiënten verdeeld. Drie van de vijf geïnterviewde patiënten waren positief over het feit dat ze rechtstreeks bij de kinesist konden gaan met hun lage rugpijn. De initiële reactie van een patiënt was dat zij dit raar vond, maar uiteindelijk tevreden was omdat ze sneller kon gezien worden dan als ze op een afspraak bij de huisarts moest wachten. Bovendien was ze tevreden dat er telefonisch overleg werd gepleegd met de huisarts.

"Je wordt direct geholpen. Anders moet je soms drie weken wachten, dat is een beetje te lang."

Een andere patiënt haalde aan dat het voor hem vrij duidelijk was dat hij bij de kinesist moest zijn voor zijn probleem, aangezien hij het zelf als een probleem puur van het bewegingsstelsel ervaarde.

"Het ging zeer vlot, heel snel gericht." "Ik ben even behandeld geweest en kreeg dan direct een soort opstart van een aantal oefeningen, wat ik zeer positief vond."

Deze patiënt vindt het achterhaald om eerst via de huisarts te moeten passeren en vindt dat iedereen zijn eigen specialisatie heeft. Hij denkt dat directe toegang tot kinesitherapie ook voor een arts beterschap zou brengen in de grote hoeveelheid werk.

"Sommige dokters, zeker sinds corona, worden overspoeld van het werk en dat is een taak waar ze misschien zelf niet om vragen." "Bij mijn vorige huisarts voelde je gewoon de stress door corona en door meer vraag naar consultaties. En dan kom je daar gewoon voor een formaliteit die eigenlijk niet nodig zou zijn. De meeste mensen kunnen zich dan maar vrijmaken op die piekuren voor een briefje, dat is nog helemaal te gek."

Een andere patiënt vond het handig om rechtstreeks bij de kinesist te kunnen gaan met zijn probleem. Verder geeft hij het volgende aan:

"In mijn geval zou het een verloren consultatie bij de dokter geweest zijn." "Het is ook voor de dokter verloren tijd".

Alle drie deze patiënten waren uiteindelijk tevreden over de initiële consultatie rechtstreeks bij de kinesist in het WGC alsook over de behandeling met oefeningen die ze mee kregen naar huis.

De andere twee geïnterviewde patiënten waren minder positief over het rechtstreekse consult bij de kinesist. Een patiënt gaf aan initieel naar de huisarts te willen gaan en zou in het geval dat er geen beterschap van haar klachten zou optreden ook naar de huisarts willen gaan in plaats van opnieuw een kinesist te raadplegen. Ze vindt dat haar huisarts haar breder bekijkt. Verder gaf ze aan dat de oefeningen die ze kreeg haar niet hielpen omdat ze onvoldoende op haar probleem waren afgestemd en had andere verwachtingen:

"Ik verwacht dat ik word doorverwezen naar iets beter, bijvoorbeeld een specialist, en niet zomaar bewegingen moet doen."

Bovendien ervaarde ze een communicatieve drempel en wegens de korte tijdspanne van het consult vond ze het lastig dat ze niet de juiste informatie kreeg. Ze had niet alles begrepen en gaf aan te weinig tijd te hebben om terug op consultatie te komen. De andere patiënt vond dat er voor een eerste consultatie weinig verschil was of dit consult bij een kinesist of een huisarts plaatsvond. Hij vond de meegekregen initiële behandeling onvoldoende, maar denkt wel dat het beter is om met zijn lage rugpijn rechtstreeks naar een kinesist te gaan omdat hij anders twee afspraken moet maken, namelijk één bij de huisarts en één bij de kinesist. Bij aanhoudende rugpijn wenst hij verder behandeld te worden door de kinesist.

De huidige verplichte omweg via de huisarts zou bij drie van de vijf patiënten niet voor uitstel van de zorgvraag zorgen. Indien zij een probleem ervaren, dan zouden zij meteen een huisarts raadplegen die hen al dan niet doorverwijst. Voor twee patiënten zou de verplichte omweg via de huisarts om een kinesist te raadplegen wel kunnen zorgen voor uitstel van hun hulpvraag. De redenen hiervoor zijn de drempel om iemand extra te storen of door de drukke agenda van de patiënt zelf:

"Ik zou dan misschien wachten tot dat ik vanzelf nog een keer bij de dokter moet passeren om dat aan te brengen." "Dat maakt het gewoon wat moeilijk. Opnieuw iemand extra storen, een extra afspraak. Terwijl moest ik gewoon rechtstreeks contact kunnen hebben met de kinesist, eventueel via mail of

telefonisch, dan zou ik gewoon kunnen vragen van 'dat is de situatie, moet ik nog eens langskomen denk je?'"
"Puur agenda-gewijs is dat moeilijk." "Ik heb een zeer drukke job met veel uren, dus ik moet al een gaatje vinden om er te geraken. Dan moet ik er nog iemand tussen nemen, namelijk de huisarts." "Met mijn werkagenda ben je plots vijf weken verder."

2.2.4 Keuzevrijheid patiënt

"Aangezien het duidelijk is dat ik daarvoor bij de kinesist moet gaan, zou ik dat opnieuw doen."
In het geval dat er bij de patiënten in de toekomst een nieuwe episode van lage rugpijn zou optreden, geven vier van de vijf patiënten de voorkeur aan een rechtstreekse consultatie bij de kinesist.

Voor nieuwe problemen wensen drie patiënten rechtstreeks naar de kinesist te kunnen gaan indien zij inschatten dat het een probleem is waarvoor kinesitherapeutische zorg nodig is. Bij twijfel zouden ze hun huisarts raadplegen. Een andere patiënt zou zowel bij een nieuwe episode van rugpijn als bij een nieuw probleem een huisarts raadplegen en de overige patiënt zou een huisarts verkiezen indien een nieuw probleem zich voordoet.

"Bij een ander probleem is het beter om de eerste keer naar de huisarts te gaan."

2.3 Bezorgdheden

2.3.1 Kinesitherapeutisch voorschrift nu nog nodig

"In principe moet je uitvoeren wat er op het voorschrift staat of verwacht de patiënt dat, terwijl je dan moet uitvoeren waar je zelf niet achterstaat." (K2)
In het huidige verwijssysteem is het verplicht om bij een arts langs te gaan voor het bekomen van een voorschrift voor kinesitherapeutische zorgen. Dit staat momenteel echter de toepassing van DTK in de weg. Hierdoor krijgen kinesisten regelmatig een doorverwijzing van een patiënt met een kinesitherapeutisch voorschrift met daarop een diagnose en wat er moet gebeuren. Dit ondanks dat de kinesisten in de focusgroep aanhalen dat de opgeschreven diagnose en behandelplan soms niet overeenkomen met hun bevindingen. Echter zijn zij in theorie verplicht om te volgen wat er wordt voorgeschreven en verwacht ook vaak de patiënt dat, wat bij de deelnemende kinesisten soms frustraties opwekt.

"Buiten het wijkgezondheidscentrum krijg je een paar diagnostische onderzoeken per jaar, maar veel minder. Omdat het ofwel niet geweten is of de arts inderdaad al een onderzoek gedaan heeft en er al iets heeft opgeplakt met vaak een bijhorende behandeling. En ik denk dat dat soms hetgeen is wat frustraties opwekt." (K2)
"Je krijgt een patiënt doorgestuurd die eigenlijk al een soort van diagnose gekregen heeft bij de dokter en bij je onderzoek vind je iets anders, maar dan komt die patiënt eigenlijk al met bepaalde beliefs of met bepaalde opvatting." "Die behandeling staat uitgeschreven en in principe moet je dan uitvoeren wat er op het voorschrift staat of verwacht de patiënt dat. Je moet dan uitvoeren waar je zelf niet achter staat of bij jezelf denkt van, 'hmm dat is echt niet de beste oplossing'." "Je moet dan eigenlijk starten met dat helemaal om te buigen, met terugkoppeling naar de arts wel, maar dan heb je soms het gevoel dat dat ergens efficiënter kan." (K2)
"Dan klampt de patiënt zich daar zodanig aan vast, al is dat misschien niet hetgeen waar de patiënt op dat moment het meest mee gebaat is." (K1)

En mogelijke aangehaalde oplossing uit de focusgroep hiervoor is om dit terug te koppelen naar de doorverwijzende arts. Echter, het is volgens een kinesist uit de focusgroep bijna niet haalbaar om dit

steeds voor iedere patiënt te doen aangezien dit een extra werkbelasting met zich meebrengt, zowel langs de kant van de kinesist als langs de kant van de huisarts. Een van de huisartsen pikt hierop in en vermeldt dat zij meestal geen behandeling invult en dit aan de behandelend kinesist over laat.

"In de opleiding lijkt het alsof je een briefje schrijft voor dé behandeling. Nu stuur ik mijn patiënt naar dé behandeling en dan komt hij terug en dan zal ik zelf wel opnieuw nadenken wat er moet gebeuren." "Ik heb door in een wijkgezondheidscentrum te werken ontdekt dat kinesisten nadenken." (H2)
"Kinesisten zijn beter opgeleid voor musculoskeletale problemen dan de artsen. In de opleiding geneeskunde werd vaak gezegd om met die problemen naar de kinesist te gaan, maar er wordt zo veel oppervlakkiger op in gegaan." "Ik wist persoonlijk niet dat kinesisten in hun opleiding diagnostisch leren werken, dat is toch een beetje vreemd dat je dat niet leert. " (H1)

Met behulp van bovenstaande citaten geven beide huisartsen uit de focusgroep aan dat zij na de opleiding geneeskunde onvoldoende op de hoogte zijn van de bekwaamheden van de kinesisten. Beiden zijn het erover eens dat kinesisten beter zijn opgeleid om diagnostisch onderzoek te doen dan zij. Een van de huisartsen haalt aan dat hij ook minder tijd heeft om de patiënt grondig te onderzoeken en daarom sneller zal doorverwijzen naar een kinesist waarbij een uitgebreider klinisch onderzoek gebeurd. Bovendien is het voor hem een meerwaarde om meer te weten over de bekwaamheden van kinesisten en zorgt dat voor meer vertrouwen in kinesisten. Met de invoering van het pilootproject merken ze ook tijdwinst op verschillende vlakken: er wordt minder dubbel werk geleverd door de zorgverleners waardoor er iets meer tijd vrijkomt voor andere patiënten en bovendien wordt de patiënt sneller geholpen.

"Ik vind het jammer dat patiënten langs ons passeren voor een ticketje om naar de kine te mogen gaan." (H2)
"Als ze direct bij de kinesist kunnen geraken, krijgen ze direct al oefeningen mee en bijvoorbeeld een afspraak. Op die manier win je tijd." (H1)
"Juist omdat ze doorsturen naar de kine is dat soms een overbodige stap om dan toch nog eerst langs de arts te gaan, terwijl dat het misschien makkelijker is om dat gewoon naar de kine te komen en te zeggen 'ah, het is niet voor ons.'" (K3)

Tot slot werd er door een van de huisartsen aangehaald dat heel wat consulten die eindigen in een doorverwijzing naar de kinesist niet nutteloos zijn, omdat er tijdens dit consult ook heel wat andere dingen aan bod kunnen komen waaronder medicatiegebruik, situatie op het werk, psychologische problemen, ….

"Maar er zijn inderdaad mensen die zeggen 'ik heb weer rugpijn, ik had dat vorig jaar ook en toen heeft de kine goed geholpen dus ik kom voor een voorschrift'. En ik denk dat het net die patiënten zijn die daar wel bij gebaat kunnen zijn." (H2)

2.3.2 Arbeidsongeschiktheidsattest enkel door huisarts

"Zolang dat je in België vanaf dag één een ziektebriefje nodig hebt, kun je zo een systeem niet uitrollen." (K2)
"Als de regelgeving van de arbeidsongeschiktheid hetzelfde blijft, dan blijven de patiënten ook naar de huisarts gaan en verandert er eigenlijk niet veel voor de huisarts." (H1).

Hier komt in de focusgroep naar voor dat zolang arbeidsongeschiktheid vanaf dag één door een huisarts moet worden geattesteerd, het moeilijk zal blijven om een systeem van DTK uit te rollen. Als

patiënten bij de kinesist gaan voor een acuut probleem hebben zij een ziektebriefje nodig indien ze hierdoor werkverlet hebben, wat hun steeds opnieuw verplicht om bij de huisarts langs te gaan en waardoor de huisarts deze patiënten ook steeds moet blijven ontvangen op raadpleging.

"Het kan even goed zijn dat de patiënt één of twee dagen thuis zou uitrusten en uiteindelijk niet bij een dokter of een kinesist zou komen. Maar omdat hij in België dat briefje nodig heeft, moet hij sowieso iemand zien." (K2)

Verder wordt er in de focusgroep aangehaald dat het niet steeds noodzakelijk is een fysieke kinesitherapeutische behandeling te starten, maar dat educatie, geruststelling, relatieve rust en pijnstilling vaak reeds voldoende zijn om het natuurlijk weefselherstel te bevorderen. Patiënten komen soms op raadpleging louter voor een arbeidsongeschiktheidsattest en zouden mogelijk niet komen en bijgevolg geen behandeling krijgen als ze geen attest voor hun werk zouden nodig hebben.

2.3.3 Overbehandeling

"Je gaat er altijd hebben die misbruik gaan maken van de situatie, maar ik denk dat dat in elke job in elke sector zo is." (K1)

"Als je per prestatie betaald wordt zit er altijd een beetje de vrees in, zeker bij de regering, dat je tegen iedere patiënt gaat zeggen van 'we gaan hier bij jou een reeks van 18 beurten opstarten', terwijl je die patiënt bijvoorbeeld ook gewoon advies, oefeningen en relatieve rust zou kunnen geven." (K2)

Uit de focusgroep komt naar voor dat sommigen vrezen dat in geval van DTK patiënten zullen worden overbehandeld door kinesisten, waarbij kinesisten meer beurten gaan opstarten dan nodig als gevolg van de betaling per prestatie. In het huidige verwijssysteem gaan huisartsen bijvoorbeeld niet alle patiënten met lage rugpijn doorsturen naar een kinesist, maar zal er eerst worden geprobeerd met pijnstilling en relatieve rust. In geval van DTK kunnen deze patiënten wel rechtstreeks een kinesist raadplegen waardoor er mogelijk bij meer patiënten een behandeltraject zou worden opgestart, ook al is dit niet steeds noodzakelijk. Volgens een van de kinesisten is dit vooral een ethische kwestie en hangt dit af van de visie en intentie van de betreffende kinesist. Hierbij verwacht ze dat een kinesist in die mate zou handelen dat deze zijn patiënt zo snel mogelijk van zijn probleem verlost wil hebben.

2.3.4 Langere wachtrijen

"Als er met directe toegang meer mensen beroep gaan doen op een kine, dan ga je ook meer gaan shiften." (K1)

DTK zou volgens sommige deelnemers kunnen leiden tot overbezetting van de kinesisten met toename van de wachtlijsten voor de patiënten. Dit zou deels verklaard kunnen worden doordat meer patiënten laagdrempeliger de kinesist kunnen raadplegen alsook door mogelijke overbehandeling van patiënten door de kinesist. In een forfaitair systeem zoals een wijkgezondheidscentrum zou dit laatste minder het geval zijn aangezien zorgverleners niet worden betaald per prestatie. Echter geeft een kinesiste aan dat zij in geval van een toenemende vraag naar behandeling verwacht dat een kinesist in die mate zou handelen dat deze zijn patiënt zo snel mogelijk van zijn probleem verlost wilt hebben.

"Als er met directe toegang meer mensen beroep gaan doen op een kine, dan ga je ook meer gaan shiften, 'die kan ik verder helpen met zoveel beurten en dan de volgende'. Dan blijft uw aantal consulten hetzelfde, maar uw efficiëntie gaat wel vooruit. Je gaat er altijd hebben die misbruik gaan maken van de situatie, maar ik denk dat dat in elke job in elke sector zo is." (K1)

2.4 Wat is er nodig?

2.4.1 Gemeenschappelijk medisch platform

"Je hebt heel weinig feeling met de kinesist." (H1)

Beide huisartsen uit de focusgroep wensen in geval van DTK buiten het wijkgezondheidscentrum steeds op de hoogte gesteld te worden als een patiënt zich aanmeldt bij een kinesist. Dit zou kunnen via een melding via eHealth of via een brief zodat de huisarts op de hoogte is van de aanmelding en de opgestelde behandeling.

"Het aantal brieven dat ik gekregen heb van kinesisten kan ik waarschijnlijk op twee handen tellen, dus je hebt heel weinig feeling met de kinesist." "Als zelfstandig arts waarbij je niet in dezelfde praktijk samenwerkt als de kinesist moet de communicatie veel beter." (H1)
"In de praktijk waar ik werkte schreven wij altijd een verslagbrief. Ik schreef zodanig veel brieven naar huisartsen, ik weet eigenlijk niet of zij dat wel allemaal lazen." (K2)

Hieruit blijkt de vraag van een kinesist of huisartsen deze brieven wel degelijk lezen, waarop een van de huisartsen aangeeft dat dit waarschijnlijk vaak niet gebeurd. Echter, een brief bij de opstart van de kinesitherapeutische behandeling met een uitgeschreven intake-onderzoek zou de andere huisarts wel graag steeds ontvangen. Al brengt het opstellen van een goede brief op zijn beurt weer een extra administratieve belasting voor de kinesist met zich mee.

Een mogelijke, aangehaalde oplossing is een gemeenschappelijk medisch platform waarbij eenvoudige communicatie tussen onder andere huisartsen en kinesisten mogelijk is. Idealiter zouden kinesisten via dit platform ook verslagen van specialisten en medische beeldvorming kunnen raadplegen. Het huidige eHealth-platform is hier op heden nog onvoldoende op uitgewerkt, waardoor kinesisten afhankelijk zijn van de patiënt die al dan niet enkele verslagen meeheeft waarin de kinesist kan kijken.

"Dan kan ik inderdaad gewoon via eHealth een berichtje sturen van 'ik heb die patiënt gezien met die en die klacht, dat zijn mijn bevindingen, ik start dat ermee op'. Als je moet beginnen met een verslag te typen, uit te printen, in een enveloppe te steken en op te sturen of in de brievenbus van de artsen te gaan steken, dan kruipt daar heel veel tijd in. Of via mail, maar dan zit je weer met GDPR-miserie." (K2)

2.4.2 Toestemming van patiënt tot inzage medisch dossier

"Je kan ook altijd andere problemen hebben."

Als de meningen over de toegang tot het medisch dossier door de kinesist worden bevraagd, dan zijn deze verdeeld tussen de geïnterviewde patiënten. Indien een patiënt op raadpleging bij een kinesist gaat, vinden twee patiënten dat de kinesist alles uit het medisch dossier zou mogen inkijken. Dit mag volgens één van deze patiënten automatisch als je op raadpleging gaat en hiervoor is er volgens haar geen vraag tot toestemming nodig. Een andere patiënt geeft aan dat de kinesist in geval van rugpijn alle gegevens zou mogen raadplegen betreffende de rug.

De overige patiënten zijn het hier niet mee eens. Volgens hun moet er steeds toestemming gevraagd worden aan de patiënt. Eén van hen geeft als reden hiervoor dat je met je kinesist niet dezelfde band hebt als met je huisarts. Volgens de andere patiënt zou er bij de vraag voor toestemming ook enkel inzage mogen zijn in onderdelen gerelateerd aan het te behandelen probleem.

"Ik zou het logisch vinden dat de kinesist met de dokter communiceert en dat het in mijn dossier verschijnt."

Als er wordt gekeken naar de mengingen over het al dan niet betrekken van de huisarts in geval van directe toegang, dan zijn ook deze niet unaniem. Indien een patiënt rechtstreeks een kinesist raadpleegt, is slecht één van de patiënten overtuigd dat de huisarts niet steeds dient te worden ingelicht. Deze patiënt vindt namelijk dat dit afhankelijk is van de inschatting van het probleem. Zo kan er bijvoorbeeld wel contact met de huisarts worden opgenomen in geval van een val, maar hoeft dit bijvoorbeeld niet in geval van een sport-gerelateerd probleem. Volgens deze patiënt zou het ook een optie voor de patiënt moeten zijn om te kunnen kiezen of de kinesist de huisarts al dan niet inlicht. De andere vier patiënten vinden dat de huisarts steeds zou moeten worden ingelicht. Eén van deze patiënten geeft aan dat de huisarts steeds moet worden ingelicht zodat de juiste beslissingen worden genomen, aangezien de huisarts volgens deze patiënt haar breder bekijkt.

"Ik zou het logisch vinden dat de kinesist met de dokter communiceert en dat het in mijn dossier verschijnt." "Het lijkt mij een beetje raar om de huisarts niet in te lichten." "Als er linken zijn met andere problemen die de patiënt heeft, dan kunnen die in verband worden gebracht en anders niet." "Ik denk dat als je medische problemen achterhoudt voor je huisarts, dat er een probleem is."

De communicatie tussen de kinesist en de huisarts kan volgens de patiënten via het dossier, via mail of telefonisch verlopen. Zij zien hierbij geen problemen met de mogelijkheid tot doorgeven van medische informatie aan de huisarts.

2.4.3 Elkaar kennen

"Hier werken we in een setting dat we elkaar kennen." (H1)

Een belangrijke kanttekening van het pilootproject in het WGC in vergelijking met de veralgemenisering van DTK wordt aangehaald door een van de huisartsen:

"Hier werken we in een setting dat we enerzijds elkaar kennen, de patiënt kennen, een gemeenschappelijk dossier hebben en dat je op het moment van de dringende raadpleging heel dicht bij elkaar zit en elkaar snel kan bellen." "Er moet bekeken worden hoe dat buiten een wijkgezondheidscentrum gaat met zelfstandige kinesisten en zelfstandige huisartsen die elkaar amper kennen." (H1)

Het is volgens een kinesiste ook een kwestie van durven sneller contact op te nemen met de huisarts. Hierbij zou het handig zijn als de kinesist bij de intake vraagt wie de huisarts is zodat bij twijfel of bij problemen er steeds mogelijkheid is tot overleg. Anderzijds is er bij DTK ook de mogelijkheid dat een patiënt geen huisarts heeft.

"Ik denk dat je daar ook wel een shift in kan hebben als de arts niet meer gezien wordt als 'diegene die werk aanlevert'." (K2)

Volgens deze kinesist ben je in het geval van DTK niet meer volledig afhankelijk van de huisarts als aanbrenger van werk, waardoor de drempel om contact op te nemen mogelijk lager zal worden indien een behandeling minder vlot loopt. Bovendien zou dit volgens haar ook een lagere drempel vormen voor een kinesist om zelf op raadpleging bij de huisarts te gaan, zeker in geval van bijvoorbeeld psychische klachten.

2.4.4 Aanvullende opleiding voor kinesisten

"We worden opgeleid voor veel diagnostisch onderzoek, maar je mag het officieel niet doen in België." (K2)

Het pilootproject van directe raadpleging in het wijkgezondheidscentrum kwam deels voort uit de vraag van een arts voor extra ondersteuning alsook vanuit de interesses maar ook frustraties van de kinesisten. Dit laatste blijkt uit volgende citaten van één van de kinesisten:

"We worden opgeleid voor veel diagnostisch onderzoek, maar je mag het officieel niet doen in België. Je ziet eigenlijk heel veel in je opleiding dat je uiteindelijk niet mag toepassen. En ja, daarrrond zijn zo wat, frustraties is veel gezegd, maar toch een beetje." (K2)
"Tijdens de opleiding slaan ze je bij wijze van spreken dood met alarmsignalen en red flags en dat wordt duizenden keren herhaald. Maar als je dan in het werkveld komt, dan merk je dat je die red flags wel gezien hebt, maar je hebt het nooit nodig, want je ziet die patiënten nooit." (K2)

"Ik denk dat je sowieso niet onderuit kunt aan een extra opleiding of herhalingsmoment, omdat je een heel gamma aan generaties van kinesisten hebt." (K2)

Voor de invoering van het pilootproject in het wijkgezondheidscentrum werd met huisartsen en kinesisten samengezeten om meer uniformiteit in het klinisch onderzoek en de opsporing van rode vlaggen te bekomen. In een kleine multidisciplinaire groep werd er een soort beknopte praktijkrichtlijn opgesteld over wat er bij een locomotorische probleem dient te worden nagekeken, of er verwijzing nodig is en wat de belangrijkste diagnoses en rode vlaggen zijn. Dit gaf meer zekerheid, zeker bij de recent startende kinesisten. Bovendien is er tijdens de directe raadpleging een stand-by arts aanwezig waarmee bij onzekerheden of andere niet-locomotorische klachten contact kan worden opgenomen.

Uit de focusgroep komt naar voor dat de vijfjarige opleiding kinesitherapie een kinesist deels voorbereidt op DTK, maar dat een extra opleiding of opfrissing een meerwaarde zou kunnen bieden voor zowel jonge als oudere kinesisten. Dit zou een halve dag of dagopleiding kunnen zijn waarbij er extra aandacht kan worden besteed aan bepaalde zaken, zoals red flags, bepaalde testen in het klinisch onderzoek, klinisch redeneren, … Deelname aan deze opleiding zou eventueel een keuze voor de kinesist kunnen zijn, aangezien volgens de leden van de focusgroep misschien niet iedere kinesist zich comfortabel zal voelen bij of niet wenst deel te nemen aan de directe toegang.

"Het brengt ook een bepaalde verantwoordelijkheid met zich mee, want je moet goed kunnen doorverwijzen als het niet goed gaat of als er een red flag is." (K1)

2.4.5 Aanmeldingsformulier voor de patiënt

"Als patiënt de juiste zorgverlener op het juiste moment krijgen." (K2)

Enkele leden van de focusgroep vrezen dat in geval van DTK het een hele uitdaging kan zijn voor een patiënt om in het kluwen van gespecialiseerde kinesisten de juiste kinesist te vinden zonder doorverwijzing. Een mogelijke aangehaalde oplossing hiervoor kan een soort aanmeldingsformulier zijn. Dit kan op de website van de zorgverlener staan, maar kan ook veralgemeend worden vanuit instanties. Telefonische triage door het onthaal of de kinesist kan de correcte doorverwijzing faciliteren. Indien de bevraagde klacht binnen de specialisatie van de kinesist valt, kan deze de patiënt zelf behandelen. Zo niet, dan kan de gecontacteerde kinesist de patiënt doorverwijzen naar een gepaste collega-kinesist. Ook hier moet de intentie van de zorgverlener juist zitten. De juiste zorg op het juiste moment is hier van belang. Er wordt namelijk gevreesd dat de invoering van DTK kan meebrengen dat de patiënt eerst enkele stappen moet doorlopen voordat deze bij de juiste

zorgverlener beland. Met een soort van aanmelding aan de hand van een formulier of telefonisch triage hoopt men frustraties bij de patiënt te vermijden en deze bij de juiste zorgverlener te krijgen.

2.5 De patiënt staat centraal

"Het is vooral belangrijk dat de patiënt er baat aan heeft". (H1)

In de focusgroep wordt als eindconclusie benadrukt dat het uitgangspunt van de eventuele invoering van DTK moet zijn dat de patiënt er baat bij heeft. Het moet een verbetering zijn voor de patiënt waarbij deze niet de dupe mag zijn van een nieuwe hervorming van de gezondheidszorg. Hieruit wordt afgeleid dat het nog steeds om de zorg rond de patiënt draait en dat een gezondheidszorgsysteem steeds zou moeten streven naar de beste en meest aangepaste zorg voor de patiënt.

Discussie

Hoe ervaren patiënten, huisartsen en kinesisten de directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn in wijkgezondheidscentrum De Kaai in Gent?

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan wat de ervaringen van patiënten, huisartsen en kinesisten waren rond DTK in geval van acute lage rugpijn. Op basis van deze resultaten zou er naar de toekomst kunnen worden nagegaan wat er nog nodig is om DTK al dan niet te kunnen implementeren.

1. Vergelijking van resultaten met bestaande literatuur

Uit de case study blijkt dat er tussen de huisartsen en kinesisten uit de focusgroep in het pilootproject van directe toegang een vlotte samenwerking heerst. De verschillende zorgverleners in het WGC kennen elkaar, zijn op de hoogte van elkaars competenties en hebben voor de start van het pilootproject samen overlegd over hoe ze de directe consultatie bij de kinesist gingen aanpakken en waarop gelet moest worden. Tijdens de directe raadplegingen zitten zij fysiek dicht bij elkaar op dezelfde verdieping en er is steeds mogelijkheid tot laagdrempelig overleg met de stand-by arts wat bevorderend werkt voor de samenwerking. Alles wordt genoteerd in een gemeenschappelijk dossier waardoor zowel de arts als de kinesist steeds op de hoogte zijn van wat er met hun patiënt gebeurd. Zij geven aan over het algemeen voorstander te zijn van DTK, maar denken dat er nog heel wat moet veranderen om DTK te kunnen implementeren buiten een wijkgezondheidscentrum in een systeem waarbij verschillende zorgverleners elkaar minder goed kennen, niet onder hetzelfde dak werken en geen gemeenschappelijk medisch dossier beheren.

In tegenstelling tot wat sommige zorgverleners in de focusgroep vrezen, namelijk dat er in geval van DTK langere wachtlijsten bij de kinesist kunnen ontstaan, wordt er in studies aangetoond dat DTK een daling van deze wachtlijsten met zich meebrengt. Door de kortere wachtlijsten wordt er minder chroniciteit van locomotorische problemen in de hand gewerkt (1-10, 18-20).

Bij de geïnterviewde patiënten is er meer verdeeldheid rond DTK. Hierbij is het belangrijk om aan te geven dat in geval van DTK in andere landen de patiënt de vrije keuze krijgt om eerst de huisarts of toch rechtstreeks een kinesist te raadplegen (2, 5). Er blijkt uit deze case study dat de meningen over wie te kiezen als eerste aanspreekpunt verschillen tussen de geïnterviewde patiënten, mede afhankelijk van hun gezondheidsprobleem. Taalbarrière en culturele overtuigingen kunnen bij deze keuze een rol spelen alsook de initieel beperkte communicatie rond het project naar de patiënten toe. Sommige patiënten vinden de verplichte omweg in het huidig verwijssysteem tijdrovend, wat wordt bevestigd in een studie (5). Echter, te veel keuzevrijheid kan volgens een studie keuzestress teweeg brengen (2). Hierbij kan een beslishulp (11) of een soort aanmeldingsformulier, aangehaald in de focusgroep, de patiënt helpen tot bij de juiste zorgverlener te geraken. Een duidelijke website met vermelding van de specialisatie van de kinesist en telefonische triage in de praktijk kunnen ook ondersteuning bieden.

In het huidige verwijssysteem wordt aangetoond dat het kinesitherapeutisch voorschrift zorgt voor een beperking van de behandelvrijheid van de kinesist (14, 16). Kinesisten uit de focusgroep geven ook aan dat het kinesitherapeutisch voorschrift in het verleden vaak tot frustraties leidde aangezien de neergeschreven diagnose en behandeling vaak niet in overeenstemming zijn met hun bevindingen en deze strikt gezien moeten worden gevolgd. Een mogelijke oplossing zou zijn dat kinesisten contact opnemen met de voorschrijvend arts in geval van discrepantie hierin, al geven de kinesisten aan dat dit een onhaalbare extra werkbelasting met zich meebrengt. Een andere mogelijke aangehaalde

oplossing zou zijn om geen behandelvoorstel op te schrijven en hierin de vrijheid aan de kinesist te laten. In voorgaand onderzoek gaven huisartsen aan dat het verplichte voorschrift in het verwijssysteem huisartsen en kinesisten dwingt om samen te werken (23). Bovendien wensen huisartsen op de hoogte gesteld te worden van de uitgevoerde behandeling, idealiter door een kort start- en eindverslag (14-16), bijvoorbeeld via een gemeenschappelijk medisch dossier. Dit is in overeenstemming met de visie van de huisartsen uit de focusgroep.

Sommige studies tonen aan dat DTK voor de huisarts een daling van de werkbelasting met zich meebrengt (1, 5-6, 8, 12), echter zeggen andere studies dat dit voor de individuele huisarts amper merkbaar is (4, 12). Ook de huisartsen in de focusgroep beamen dit laatste, met name in situaties buiten het pilootproject. Ze geven aan dat zolang een arbeidsongeschiktheidsattest geschreven door de huisarts vanaf de eerste ziektedag verplicht blijft, de werkbelasting niet zal dalen en het moeilijk zal worden om een systeem van DTK uit te rollen. Een mogelijke oplossing kan zijn dat de overheid beslist dat elk individu recht heeft op enkele ziektedagen per kalenderjaar waarvoor geen arbeidsongeschiktheidsattest nodig is, ongeacht de keuze van de werkgever om dit al dan niet in te voeren. Een andere mogelijke oplossing zou zijn dat de kinesist een beperkt aantal ziektedagen kan voorschrijven. Al zal dit mogelijk tegenkanting van de huisartsen opwekken, waarbij dit eventueel kan worden opgevangen door dit steeds als kinesist aan de huisarts te melden in een brief, bijvoorbeeld doorgestuurd via een gemeenschappelijk medisch dossier. Toch geeft een recente studie aan dat huisartsen kinesisten hier bekwaam toe vinden (13).

Verder tonen studies aan dat artsen, maar ook kinesisten, vrezen dat kinesisten over onvoldoende kennis beschikken om als eerste aanspreekpunt voor patiënten te dienen door de kans op het missen van belangrijke diagnoses (1-3, 13-16). Toch denken de huisartsen uit de focusgroep hier anders over. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze huisartsen tijdens en na hun opleiding onvoldoende op de hoogte waren van de competenties van de kinesisten. Hun kennis en vertrouwen in het kinesitherapeutisch handelen is pas gegroeid door nauw samen te werken in het WGC. Ook in voorgaande masterproeven wordt aangegeven dat huisartsen onvoldoende op de hoogte blijken te zijn van de algemene kinesitherapeutische behandelingsmogelijkheden (14, 16). Dit bovenstaande kan in stand worden gehouden door de ondermaatse communicatie tussen huisartsen en kinesisten wat onder andere kan worden gelinkt aan het ontbreken van een gemeenschappelijk medisch platform voor het beheren van patiëntendossiers (14, 16). Een andere drempel om contact op te nemen die wordt aangehaald in de focusgroep is het feit dat de huisarts in het verwijssysteem de aanbrenger van werk is voor de kinesist. Een duidelijke sociale kaart met de specificaties van de verschillende zorgverleners in de regio samen met regelmatige georganiseerde contactmomenten worden aangegeven als mogelijke oplossingen (14-15). De uitwerking van een gemeenschappelijk medisch dossier zou volgens de deelnemers van de focusgroep de communicatieve drempel tussen huisarts en kinesist kunnen verlagen, alsook geeft dit de kinesist de mogelijkheid om relevante medische voorgeschiedenis van de patiënt op te vragen, bij voorkeur met voorafgaande toestemming van de patiënt.

Kinesisten uit de focusgroep geven aan met het pilootproject meer voldoening uit hun werk te halen, wat in de literatuur wordt beaamd in het geval van DTK (1, 5-6). Ook denken zij dat een aanvullende opleiding een meerwaarde zou kunnen bieden in de voorbereiding op een systeem van DTK. Dit zou een halve dag of dagopleiding kunnen zijn waarbij de focus ligt op het breed klinisch redeneren met aandacht voor contra-indicaties tot behandeling waarbij doorverwijzing naar een arts noodzakelijk is. Elke kinesist zou vervolgens kunnen kiezen om deze aanvullende opleiding al dan niet te volgen,

aangezien de kinesisten uit de focusgroep aangeven dat vermoedelijk niet iedere kinesist wenst te werken in een systeem van DTK. Een studie geeft ook aan dat dit inderdaad een keuze van de individuele kinesist kan zijn (8).

Momenteel zijn er in Belgische context weinig vorderingen op het vlak van DTK. Er zijn reeds verscheidene adviezen opgesteld (5-6, 8), maar een duidelijk wettelijk kader is nog niet voorhanden. In wijkgezondheidscentra wordt er wel reeds gestreefd naar zorgcomplementariteit, waarbij ieders expertise wordt erkend om deze zo goed mogelijk te implementeren in de gezamenlijke zorg rondom een patiënt (22). Dit is geen directe toegang maar benadert deze wel.

2. Grenzen van het onderzoek

Om de methodologische onderzoekskwaliteit van deze studie na te gaan wordt de thrustworthiness of betrouwbaarheid verder onderzocht. Deze bestaande uit vijf verschillende pijlers: dependability, credibility, transferability, confirmability en authenticity.

De dependability of betrouwbaarheid gaat na of een onderzoek consistent en accuraat is. Er wordt gekeken of het onderzoek herhaald zou kunnen worden door een andere onderzoeker en of de bevindingen, interpretaties en conclusies ondersteund worden door de data. De betrouwbaarheid wordt in dit onderzoek bevorderd doordat de verkregen data vanuit verschillende perspectieven wordt geïnterpreteerd. Zowel de onderzoeker alsook de begeleiders hebben deze data mee geanalyseerd.

Voor de credibility of geloofwaardigheid (interne validiteit) wordt er nagegaan of de resultaten in overeenstemming zijn met de percepties van de deelnemers. In dit onderzoek is de geloofwaardigheid eerder hoog gezien er met behulp van citaten zoveel mogelijk werd weergegeven wat de deelnemers vertelden.

De transferability of overdraagbaarheid (externe validiteit) van de resultaten naar een andere gelijkaardige setting is variabel. Dit is mogelijk overdraagbaar naar andere zorgverleners en patiënten in een ander WGC. Een belangrijke limitatie in dit onderzoek is dat het een case study betreft, uitgevoerd in een WGC waar de zorgverleners elkaar kennen, samen onder hetzelfde dak werken alsook de patiënten kennen. Er is slechts één WGC onderzocht waardoor deze resultaten erg afhankelijk zijn van de cultuur en omgeving van dit WGC. Het onderzoek biedt echter wel een unieke kijk op een uniek project. Er zijn geen voorbeelden zoals WGC De Kaai in België bekend, wat het niet mogelijk maakte om de steekproef te verbreden.

Confirmability streeft naar een zo neutraal en objectief mogelijk onderzoek waarbij rekening wordt gehouden met de vooronderstellingen van de onderzoeker. Hierbij werd voorafgaand aan de focusgroep en interviews niet actief uitgeschreven wat de onderzoeker zelf verwachtte van het onderzoek, wel werd hierover nagedacht. Deze vooronderstellingen geven een mogelijke bias aangezien zowel de onderzoeker als de begeleiders van dit onderzoek allen voorstanders zijn van DTK wat een beperking van het onderzoek met zich meebrengt. Dit werd deels voorkomen door de keuze voor een semigestructureerde focusgroep en interviews waarbij er werd getracht om het spoor van de geïnterviewde zoveel mogelijk te volgen. Bij de verwerking van de interviews werd ook gestreefd naar het zo duidelijk mogelijk weergeven van de resultaten met behulp van citaten.

De authenticiteit van het onderzoek is eerder hoog aangezien de manier van onderzoek met behulp van kwalitatieve semigestructureerde interviews en focusgroep het meest waarheidsgetrouw kan weergeven wat de ervaringen bij DTK zijn. Hierbij hebben deelnemers vrijheid om te zeggen wat ze

vinden, in hun eigen context, en wordt dit letterlijk weergegeven in de resultaten aan de hand van citaten. Goedkeuring tot deelname werd gevraagd en deelnemers worden door dieptevragen verder aangezet tot nadenken over hun ervaring met DTK.

3. Suggesties voor verder onderzoek

Een mogelijke suggestie voor verder onderzoek zou zijn om DTK op grotere schaal te simuleren in een systeem buiten het WGC waarbij zorgverleners elkaar minder goed kennen en al dan niet beschikken over een gemeenschappelijk dossier. Hierbuiten kan aanvullend onderzoek worden uitgevoerd naar onder andere het soort patiënten dat geschikt zou zijn voor DTK, het uitrollen van een gemeenschappelijk platform, de aanpak voor ziekte-attestering, het voorschrijven van pijnmedicatie door de kinesist en de beïnvloeding van verschillende financieringsvormen.

Conclusie

Alle deelnemende zorgverleners zijn over het algemeen voorstander van DTK. Binnen het wijkgezondheidscentrum vinden zij dat het pilootproject van directe toegang een meerwaarde biedt in de zorgverlening rondom de patiënt. Wel geven zij hierbij de kritische noot dat zij elkaar kennen, de patiënten kennen, gebruik maken van een gemeenschappelijk medisch dossier en op het moment van de directe raadpleging letterlijk dicht bij elkaar zitten waardoor de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners wordt bevorderd. Hun bedenking luidt dan ook of DTK mogelijk zou zijn buiten het WGC waarbij veel van deze voordelen momenteel ontbreken. Tot slot zijn de zorgverleners het unaniem eens dat elke verandering in de gezondheidszorg steeds in het voordeel van de patiënt moet zijn. Bij de patiënten heerst er echter meer verdeeldheid. Sommigen zijn voorstander van directe toegang, andere verkiezen steeds eerst hun huisarts te raadplegen. Belangrijk is dat in het geval van DTK het steeds mogelijk blijft om eerst de huisarts te raadplegen waardoor dit systeem vermoedelijk beide patiëntengroepen kan behagen.

Referenties

1. Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther [Internet]. 2008;88(8):936–46. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20070308
2. Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Pisters MF, De Bakker D, Veenhof C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 2008;118(3):62-7. Beschikbaar via: https://www.nivel.nl/nl/publicatie/directe-toegang-fysiotherapie-de-keus-aan-de-patient
3. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy [Internet]. 2013;99(4):285–91. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011
4. Swinkels ICS, Kooijman MK, Spreeuwenberg PM, Bossen D, Leemrijse CJ, van Dijk CE, et al. An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. Phys Ther [Internet]. 2014;94(12):1785–95. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130309
5. Federale Raad voor kinesitherapie. Advies van Federale Raad voor kinesitherapie over directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). 2015. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/advies_dtk_versie_20151026_0.pdf
6. Hoge raad voor de zelfstandigen en de KMO. Advies over de directe toegang tot bepaalde beroepen in de gezondheidszorg. 2017. Beschikbaar via: https://www.axxon.be/ckfinder/userfiles/files/M%C3%A9morandum%202019/Directe%20toegang%20-%20HRZKMO.pdf
7. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. Clin Ter [Internet]. 2018;169(5):e249–60. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.7417/CT.2018.2087
8. Cogneau Y, Németh T, Stappaerts K, Vermeeren L. Directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). 2015. Beschikbaar via: Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/advies_dtk_versie_20151026_0.pdf
9. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. Phys Ther [Internet]. 2014;94(1):14–30. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130096
10. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. Disabil Rehabil [Internet]. 2021;43(12):1637–48. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388
11. Nijeweme-d'Hollosy WO, Van Velsen L, Groothuis-Oudshoorn KG, Soer R, Hermens H. Should I see a healthcare professional or can I perform self-care: self-referral decision support for patients with low back pain. In: 2016 IEEE International Conference on Healthcare Informatics (ICHI). IEEE; 2016. p. 495-503. Beschikbaar via: https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/7776408
12. van Dijk C, Verheij R, de Bakker D. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Huisarts Wet [Internet]. 2008;51(11):525–525. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.1007/bf03086929
13. Kechichian A, Desmeules F, Girard P, Pinsault N. Acceptability of a task sharing and shifting model between family physicians and physiotherapists in French multidisciplinary primary healthcare centres: a cross-sectional survey. Fam Med Community Health [Internet]. 2022;10(2). Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2022-001644

14. Levrau L. Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut [Masterproef]. [Gent]: U Gent; 2018. 59 p. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/thesislist
15. Schottey N. Communicatie huisarts en kinesitherapeut : hoe kan het beter? [Masterproef]. [Leuven]: KU Leuven; 2016. 61 p. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/thesislist
16. Johanns S. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts [Masterproef]. [Leuven]: KU Leuven; 2014. 51 p. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/thesislist
17. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. Phys Ther [Internet]. 2013;93(4):449–59. Beschikbaar via: http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20120060
18. Swinkels ICS, Leemrijse C, de Bakker D. Bijna een kwart van de patiënten gaat rechtstreeks naar de fysiotherapeut. 2006. Beschikbaar via: https://www.nivel.nl/nl/publicatie/bijna-een-kwart-van-de-patienten-gaat-rechtstreeks-naar-de-fysiotherapeut
19. Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse C. Steeds meer patiënten komen zonder verwijsbrief bij de fysiotherapeut. 2009. Beschikbaar via: https://www.nivel.nl/nl/publicatie/steeds-meer-patienten-komen-zonder-verwijsbrief-bij-de-fysiotherapeut
20. Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse C. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. 2009. Beschikbaar via: https://www.nivel.nl/nl/publicatie/patienten-die-rechtstreeks-bij-de-fysiotherapeut-komen-behalen-vaker-de-behandeldoelen
21. Belgische wet. Artikel 43 §1 en §2 [Internet]. 10 mei 2015. Beschikbaar via: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
22. Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Complementair samenwerken in het wijkgezondheidscentrum. 2020.
23. Coppens M. Directe toegang tot de kinesitherapie: het perspectief van huisartsen [Masterproef]. [Gent]: U Gent, 2021. 54 p. Beschikbaar via https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/009/120/RUG01-003009120_2021_0001_AC.pdf
24. Malmivaara A, Pohjolainen T, Hirvensalo E, Jousimaa J. Lage rugpijn [Internet]. Ebpracticenet; 2017. Beschikbaar via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/597?searchTerm=lage%20rugpijn%20red%20flag
25. Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, et al. Synthese: Lage rugpijn en radiculaire pijn : kernelementen van een zorgpad [Internet]. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2017. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_295A_lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_zorgpad_Synthese_0.pdf
26. Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, et al. NHG-standaard: Aspecifieke lagerugpijn [Internet]. Nederlands Huisartsen Genootschap; 2017. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/aspecifieke-lagerugpijn#volledige-tekst

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol ethisch comité

Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies. MaNaMa Sarah Van Impe

Summary

Hoofdonderzoeker (PI): peter decat
Referentienummer: BC-11366

Owner	Sarah Van Impe
Publication date	-

Details

1 Overview study

Reference Number.
BC-11366

Study Overview.
Titel onderzoek: Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies. MaNaMa Sarah Van Impe
Protocolcode:
Hoofdonderzoeker: peter decat
Opdrachtgever: Universiteit Gent

Phase
Approved, not yet recruiting

Current step HIRUZ/EC
Advies CME gegeven

ATTENTION!
Via onderstaande link zal u **na de goedkeuring** de status van het verloop van de studie kunnen bijhouden.
Volgende meldingen dienen verplicht via deze link te gebeuren:
- de start van de rekrutering
- de eerste inclusie
- het einde van de studie
- het indienen van de studieresultaten

Link study status after all approvals are given:
Opvolging studie na goedkeuring

Advice CME
goedgekeurd

Date Approval CME

EC Number (if applicable):
BC-11366

BC Number (if applicable):
BC-11366

2 Study information

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de knop *"dien aanvraag in"* te klikken. Deze knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn.

2.1 General information

From which university/college is this application made?

Is this application part of the MaNaMa General Practitioner training course? (HAIO)

Dutch title of the study:
Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies. MaNaMa Sarah Van Impe

English title of the study:

Simplified title/acronym of the study:

This application concerns:
Niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel)

Is this prospective observational study performed with:

Will a retrospective data collection be performed next to the prospective study?

Specify the type of research

Have you selected the "coordination cell" in the people tab?

2.2 Study conduct

Planned start date of the study:

Planned end date of the study:

31-12-2024

Will this research be conducted at multiple locations? This study is:
Nationaal, monocentrisch

Will this study be conducted at one or more UZ Gent departments?

Is the research question nursing related?

3 Parties involved

3.1 Sponsor

Who is the sponsor of this study (in Belgium)?
Universiteit Gent

3.3 student

Naam aanvrager/student
Sarah Van Impe
sarah.vanimpe@ugent.be

is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgend KB 78

Upload/selecteer het CV van de student

3.4 Principal Investigator/promotor

Name Promotor

Name Principal Investigator:
peter decat
peter.decat@ugent.be

Title Principal Investigator:

Affiliation of Principal Investigator to conduct the research:
Universiteit Gent

Specify the Ghent University department of the Principal Investigator:

Does the Principal Investigator performs a health care profession?

Upload/select the CV of the Principal Investigator:

Upload/select the GCP certificate of the Principal Investigator (max 3 years old):

3.6 Investigator(s)

Overview other investigators:

5 Research content

5.1 Study and interventions

Please give a (short) summary of the study (Dutch):

Please give a (short) summary of the study (English):

6 Study subjects, recruitment and informed consent

6.1 Study subjects

Total number of subjects in Belgium for the complete study:
0

---------- Gelieve hieronder de gegevens in te vullen voor **de deelnemers in België**. ----------

The study subjects are:

Number of healthy study subjects and patients combined in Belgium:
0

Sex of the study subject:

Estimation of number of study subjects from 0 to 12 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 12 to 18 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 18 to 65 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects 65+ in Belgium:
0

Total number of study subjects in Belgium:
0

Are the study subjects own students or staff and/or prisoners?

6.2 Recruitment, information and consent

Please list the most important inclusion criteria:

Are the most important inclusion criteria listed in the ICF?

Please list the most important exclusion criteria:

Are the most important exclusion criteria listed in the ICF?

Are all in- and exclusion criteria clearly listed in the protocol?

Please describe how study subjects are recruited/contacted?

Is recruitment material used, e.g. flyer/poster...?

7 Additional information

7.1 Data Management

Please select the type of the (directly and/or indirectly) identifiable data that will be collected:

Specify the type of database that will be used:

Are the collected data in the database pseudonymized or anonymized?

Will the dataset be shared?

Can the collected data be re-used in future scientific research?

Upload/select the data processing register:

ATTENTION!
"De GDPR vereist dat alle verwerkingen van persoonsgegevens van wetenschappelijk onderzoek geregistreerd worden in een 'register van verwerkingsactiviteiten'.
Sinds 25-05-2018 is het verplicht om een gegevensverwerkingsregister op te stellen voor elk nieuw onderzoek en voor elk amendement aan een reeds lopend onderzoek (waarvoor eerder nog geen register werd ingediend) waarbij persoonsgegevens van levende personen worden verwerkt.
Voor studies met **opdrachtgever U(Z)Gent** dient een register opgesteld te worden via DMPonline.
Voor studies met een andere opdrachtgever dan U(Z)Gent kan het register van de opdrachtgever ingediend worden (indien beschikbaar) of kan een register opgesteld worden via DMPonline.
Meer informatie over het gegevensverwerkingsregister (alsook FAQ) kunnen teruggevonden worden op intranet of de UGent website ."

7.4 Insurance

Has insurance been taken out for the research in Belgium in accordance with the Belgian law of May 7, 2004, the Belgian law of May 7, 2017 or the Belgian law of December 22, 2020?

7.5 Financing and budget

Is this study financially or materially supported?

What is the estimated cost of the study?

7.6 Statistics

Is there an SAP (statistical analysis plan) available?

Declaration before submission

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de groene knop *"Dien aanvraag in"* te klikken. Die knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn en onderstaande statements werden bekrachtigd.

Tijdens het indieningsproces zijn bepaalde stappen in het ticket enkel uitvoerbaar door de aanvrager. Meer informatie over het indienen en opvolgen van de aanvraag is terug te vinden in de **handleiding onderzoeksportaal**

Een aanvraag zal pas **ontvankelijk** verklaard worden door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan U(Z)Gent wanneer de noodzakelijke gegevens (naam, categorie, titel, versienummer, versiedatum en taal) werden aangevuld voor de documenten die ingediend worden.
Dat kan **per document** aangevuld worden via het blauw potloodje onder de kolom "actie" in het tabblad "Documenten". Meer informatie alsook een handleiding is terug te vinden in het **"handvat documenten in het onderzoeksportaal"**.

Statements before submission

Amendement - BC-11366 dd. - Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies.

Summary

Referentienummer hoofdstudie: BC-11366
Referentienummer: BC-11366 dd.
Hoofdonderzoeker: decat peter

Owner	Sarah Van Impe
Publication date	-

Details

1. Overview

Reference Number:
BC-11366 dd.

Phase
All Approvals given

Current step HIRUZ/EC
Advies CME gegeven

Current step FAGG/CT college
Niet van toepassing

Current step FANC
Niet van toepassing

EC-number (if applicable).

BC Number (if applicable):

2. Application amendment

ATTENTION!
Vul dit formulier enkel in indien u **na goedkeuring van uw onderzoek** een goedkeuring wil bekomen voor bepaalde wijzigingen aan het reeds goedgekeurde onderzoek.

Mocht de rapportage van de **datum van start rekrutering** en/of de **datum van eerste inclusie** van deze studie nog niet in orde gebracht zijn, gelieve deze dan op te geven in het onderzoeksportaal via de link *"opvolgen studie na goedkeuring"* op de overzichtspagina van het initieel goedgekeurde dossier.

Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de knop *"dien aanvraag in"* te klikken. Deze knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn.

2.1 General Information

It concerns an amendment to:
Academisch onderzoek

Dutch title of the study:
Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies.

English title of the study:

Reference Number (Main) Study
BC-11366

Number amendment

Does it concern a substantial amendment?
Yes

Who is the sponsor of the study (in Belgium)?
Universiteit Gent

2.2 Parties involved

Overview Principal Investigator
decat peter
peter.decat@ugent.be

Unit family Medicine Ghent University

Overview of the requestor:
Sarah Van Impe
sarah.vanimpe@ugent.be

UGent

Overview contact person of the sponsor (for Belgium):
decat peter
peter.decat@ugent.be

Unit family Medicine Ghent University

Title of the PI
Prof. dr.

2.3 Info amendment

Reason for the amendment (multiple possible):
07. Update ICF, 13. Toevoegen/verwijderen centrum

Upload/select the changed ICF (clean + track changes):
ICF-kinesisten-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie.doc
ICF-pati-nten-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie.doc
ICF-artsen-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie-(Track-Changes).docx
ICF-pati-nten-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie-(Track-changes).docx
ICF-kinesisten-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie-(Track-Changes).docx
ICF-artsen-Directe-toegang-tot-de-kinesitherapie.doc

Were both the original version(s) with track changes as the new versions added?
Yes

Describe the changes in the ICF:
Er worden niet langer patiënten gerekruteerd uit een RCT van een studie aan de UHasselt, maar patiënten die in een wijkgezondheidscentrum in Gent rechtstreeks naar de kinesist gaan. Patiënten worden eenmalig geïnterviewd ipv 2 keer. Artsen en kinesisten komen samen in een eenmalige focusgroep ipv te worden geïnterviewd.

We wish to:
een centrum te verwijderen

Please note the name of the center that will no longer participate in the study.
UHasselt

Describe here the motivation for submission of this amendment:
Ik wenste graag melding te maken van een aanpassing in mijn onderzoek rond directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). Hierbij is de bedoeling om de onderzoekspersonen (patiënten, kinesisten en huisartsen) te interviewen rond hun ervaringen met DTK.

Initieel zouden deze onderzoekspersonen gerekruteerd worden uit het onderzoek van Prof. Dr. Lotte Janssens en Dr. Pieter Severijns aan de UHasselt. In hun onderzoek zou een DTK-setting worden nagebootst door patiënten met acute lage rugpijn te rekruteren via advertenties, mails,… waardoor zij rechtstreeks bij een kinesist terecht komen zonder initiële tussenkomst van de huisarts. Hierna zou dan een mogelijke behandeling ingesteld kunnen worden door de kinesist. In mijn initieel onderzoek zou ik zowel patiënten, hun kinesist en hun huisarts voor en na de behandeling interviewen.

Echter, door onvoorziene omstandigheden loopt de rekrutering van onderzoekspersonen via het onderzoek onder leiding van Prof. Dr. Lotte Janssens minder vlot dan verwacht. Hierdoor ben ik niet in staat om reeds te starten met interviews voor mijn onderzoek.

Aangezien ik dit academiejaar (2022-2023) mijn ma-na-ma opleiding tot huisarts afrond, dien ik ook dit academiejaar mijn onderzoek af te ronden. Daarom vraag ik u of het mogelijk zou zijn om over te schakelen naar rekrutering van onderzoekspersonen in een andere setting.

In wijkgezondheidscentrum De Kaai Gent is er sinds april een pilootproject lopende rond dringende (directe) raadpleging bij verscheidene zorgverleners. Hierbinnen is een tak waarbij directe raadpleging bij een kinesist mogelijk is na triage door het onthaal, en dus zonder tussenkomst van een huisarts. Zo wordt DTK nagebootst voor verscheidene locomotorische problemen.

Mijn doel zou zijn om patiënten met acute lage rugpijn die op directe raadpleging bij de kinesist komen via een interview te bevragen naar hun ervaringen. Dit interview zou in plaats van voor en na de behandeling slechts eenmalig plaatsvinden kort na het eerste consult vanwege de haalbaarheid.
Betreffende de exploratie naar de ervaringen van huisartsen en kinesisten zou worden overgeschakeld naar een focusgroep met enkele zorgverleners van beide beroepen binnen het wijkgezondheidscentrum.

In deze nieuwe setting wordt bijgevolg nog steeds een situatie van directe toegang tot de kinesitherapie gecreëerd, waarbij nog steeds wordt gepeild naar de ervaringen van patiënten, kinesisten en huisartsen. De huisartsen en kinesisten in de focusgroep zijn weliswaar niet per se de zorgverleners betrokken in deze eerste raadpleging van de geïnterviewde patiënt, maar zijn allen wel werkzaam binnen het DTK-project in het wijkgezondheidscentrum.

Deze aangepaste studie heeft minder ethische consequenties dan de oorspronkelijke studie.

De wijzigingen voor de studie kunnen we als volgt samenvatten:
• Andere setting: wijkgezondheidscentrum in Gent
• Observationele prospectieve studie met name een evaluatie van een lopende aanpak van acute lage rugpijn in wijkgezondheidscentrum.
• Niet als onderdeel van lopend RCT van UHasselt maar een monocentrische studie in opdracht van UGent.
• Gewijzigde informatiebrief voor respondenten
• Nieuwe titel: Hoe ervaren patiënten, kinesisten en huisartsen directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn.

2.4 Confirmation (local) PI

I hereby confirm that the Medical Ethics Committee of University (Hospital) Ghent has a CV (signed and dated (max. 2 years old)) of the (local) principal investigator.
Yes

I hereby confirm that the Medical Ethics Committee of University (Hospital) Ghent has a GCP-certificate (max. 3 years old) of the (local) principal investigator.
Ja

I hereby confirm that the Medical Ethics Committee of University (Hospital) Ghent has a data processing register for this study.
NVT

ATTENTION!
"De GDPR vereist dat alle verwerkingen van persoonsgegevens van wetenschappelijk onderzoek geregistreerd worden in een 'register van verwerkingsactiviteiten'.
Sinds 25-05-2018 is het verplicht om een gegevensverwerkingsregister op te stellen voor elk nieuw onderzoek en voor elk amendement aan een reeds lopend onderzoek (waarvoor eerder nog geen register werd ingediend) waarbij persoonsgegevens van levende personen worden verwerkt.
Voor studies met **opdrachtgever U(Z)Gent** dient een register opgesteld te worden via DMPonline.
Voor studies met een andere opdrachtgever dan U(Z)Gent kan het register van de opdrachtgever ingediend worden (indien beschikbaar) of kan een register opgesteld worden via DMPonline.
Meer informatie over het gegevensverwerkingsregister (alsook FAQ) kunnen teruggevonden worden op intranet of de UGent website ."

Is human body material be collected/used in this study?
No

Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité

1. Gunstig advies initieel protocol

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Decat Peter
Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Alhier

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Sarah Van Impe	17/03/2022	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
BC-11366		B6702021001192

Betreft:
Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies. MaNaMa Sarah Van Impe

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 09/02/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.
EC geeft daarom op 17/03/2022 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) 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

2. Gunstig advies aangepast protocol

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. decat peter
Unit family Medicine Ghent University

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Sarah Van Impe	18/11/2022	1/6
Referentie hoofdstudie	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
BC-11366		B6702021001192

Betreft:
Hoe ervaren patiënten, hun kinesist en hun huisarts directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn: 3 case studies.

Wijziging / toevoegen studiedocumenten
Amendement nr: #BC-11366 dd. 2/11/2022

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft op 16/02/2022 in eerste instantie een positief advies gegeven voor bovenvermeld protocol.

Een gunstig advies voor deze wijziging werd gegeven op 16/11/2022.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

Bijlage 3: Praktijkrichtlijn Triage - Wijkgezondheidscentrum De Kaai

-> Kine zelf / triagefunctie / arts DRP:

Voorbeelden:

- Spierpijn na sport
- Overbelasting na werk/ sport...
- Pijnklachten na trauma (zonder aanwezige wonden)
- Acute elleboogpijn
- Acute voetpijn
- Acute enkelpijn/enkeldistorsie
- Acute kniepijn
- Acute heuppijn
- Acute nekpijn (na trauma => eerst bij arts))
- Acute rugpijn
- Acute schouderpijn

Bij volgende klachten dient de patiënt toch eerst door de **arts** gezien te worden:

- Ongeval op werk
- Op vraag van patient!
- Koorts, rillen, algemene malaise
- Plasklachten
- Hoest, verkouden, dyspnoe, RSP
- Overgeven, diarree
- duizeligheid
- Verminderde alertheid of bewustzijn, ook indien al terug bij bewustzijn, best eerst nog bij arts
- Hoogenergetische trauma's (val met fiets/step/motor of auto-ongeluk/val vanop grote hoogte)
- Bij duidelijke wondes: bij arts/verpleging
- Pijnklachten bij reumatologische gekende patiënten
- Laagenergetisch trauma bij mensen die bloedverdunners nemen
- Ernstig zichtbare afwijkingen gewricht/ledemaat (zwelling, warmte, roodheid, bleek/koud -> artritis, jicht, DVT, art.insuff., compariment syndr..)
- Neurologische uitvalsverschijnselen, lichtschuwheid (CVA, migraine, meningitis..)
- Afwijkende vitale parameters (of gaat triage die niet nemen?)

Bijlage 4: Rode vlaggen

1. Rode vlaggen Praktijkrichtlijn – Wijkgezondheidscentrum De Kaai

- Red Flags specifiek: Lichaamsgewicht, nachtelijke Pijn, Kracht,(vb: plasproblemen/HNP bij rug/bekken; Tx pijn)
  - (Recent) trauma
  - Al langer bestaande (onverklaarde) koorts
  - Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg / maand)
  - Langdurig gebruik corticosteroïden
  - Constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie
  - Algemeen onwelbevinden
  - Nachtelijke pijn (die aanhoudt als u van houding veranderd bent)
  - Uitgebreide neurologische tekenen en symptomen
  - Onherkenbaar patroon

Specifieke Rode vlaggen Lx / Bekken

- Kanker of andere belangrijke zorgelementen in voorgeschiedenis -> emd
- Kenmerken van neurologisch noodgeval (urineretentie, fecale of urine incontinentie, ernstige motorische uitval (MCR-score </= 3,…), zadelanesthesie)
- Systemische anamnese: stoelgang (obstipatie), eetlust, koliekpijn (galsteen, niersteen), risicofactoren (alcohol: pancreatitis -> drukpijn buik en malaise), ademtekort, (bloed) ophoesten, plasklachten (stinkende urine, bloed in urine)
- Vasculair: aspecifieke heel hevige pijn tussen schouderbladen/Tx zonder bewegingsgebonden en geen palpatoire tekenen (dissectie aorta)
- Cardiaal: ademtekort en aspecifieke schouderpijn
- Nieren: flankpijn, abdominaal naar lies (verloop ureter), koliek vager en hevigere pijn
- Liesbreuk: inguinale pijn (acuut: lokaal), hevige pijn die af en toe opkomt, pijn bij zitten/hurken/lachen
- Buikpijn -> doorsturen arts
- Wervel #: osteoporose/ trauma/ corticoïden
- KCE richtlijn

2. Rode vlaggen - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (25)

Kader 1 – Lijst van rode vlaggen, gegroepeerd per cluster (expertopinie)

Dringend (onmiddellijk)		
Rode vlag		**Actie**
Neurologische noodgevallen • Wijdverspreide (bv. aan de armen, hersenzenuwen of bilateraal) neurologische symptomen (piramidale tekenen, coördinatieproblemen, motorische of gevoelsstoornissen …) • Progressieve neurologische symptomen • Zadelanesthesie/hypo-esthesie, urineretentie, fecale of urinaire incontinentie, geïsoleerde seksuele stoornissen (cauda equina syndroom) • Ernstig motorisch deficit (Medical Research Council score ≤3/5) opgetreden sinds minder dan 48 u	➡	Stuur de patiënt naar de **spoeddienst**
Traumatische fractuur • Ernstige lage rugpijn na significant/hoge energie trauma • Rugpijn na trauma met spondylitis ankylosans	➡ ➡	Stuur de patiënt naar de **spoeddienst**
Vasculaire problemen • Vasculaire tekenen (koude voet, verminderde perifere arteriële pulsatie) die kunnen wijzen op een gescheurd aneurysma van de aorta als ze gepaard gaan met lage rugpijn of zelfs met shock.	➡	**Echografie** & consultatie **vaatchirurgie**

Semi-dringend (binnen de 48u)		
Rode vlag		**Actie**
Pathologische fractuur Lage rugpijn na mineur trauma of zelfs zonder notie van trauma met: • Voorgeschiedenis/risico van osteoporose • Chronisch corticoïdengebruik • Pijn in de borstkas • Hogere leeftijd • Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid • Voorgeschiedenis van kanker	➡	**1/ Röntgen** (of CT) **2/** Consultatie **rugchirurgie**
Infectie • Objectieve tekenen (bv. nachtzweten, koorts, rillingen) • Intraveneus druggebruik • Immunodeficiënte patiënt • Onverklaard gewichtsverlies • Gekende voorgaande of samengaande systemische infectie of risico op infectie • Recente chirurgische ingreep • Urinaire of huidinfectie	➡	**1/ MRI** & **Bloedanalyse** (bv. leucocyten telling, CRP, sedimentatie) **2/** Consultatie **rugchirurgie** en/of Consultatie **internist/infectiespecialist**

Minder dringend	
Rode vlag	**Actie**
Tumor • Recente klachten van rugpijn bij leeftijd <18 of >55 • Voorgeschiedenis van kanker • Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid • Ernstige nachtelijke pijn	**1/ MRI** **2/** Consultatie **oncologie** & consultatie **rugchirurgie**
Inflammatoire aandoening • Constante progressieve niet-mechanische pijn • Rugpijn verbetert bij lichaamsbeweging, maar niet in rust • Ernstige nachtelijke pijn • Ochtendstijfheid > 30 min of nachtelijk ontwaken bij jongere patiënten	Consultatie **reumatologie**
Varia • Toenemende postoperatieve pijn • Onhoudbare en therapieresistente lage rugpijn (> 6 weken) • Unilaterale piramidale tekenen	**1/ MRI** **2/** Consultatie **rugspecialist**, dwz een specialist in fysische geneeskunde en revalidatie, een orthopedisch chirurg of neurochirurg of een **anesthesist-algoloog**

De specificiteit van de afzonderlijke rode vlaggen is eerder beperkt; het zijn net de clusters van rode vlaggen die de aandacht zouden moeten trekken en een onderliggende, ernstige pathologie laten vermoeden.

Bijlage 5: Informatiebrief patiënten

Beste meneer/mevrouw,

Mijn naam is Sarah Van Impe en ik ben in opleiding tot huisarts. Voor mijn opleiding doe ik onderzoek naar ervaringen tijdens consultaties bij de kinesist.

Je kwam onlangs naar de kinesist voor lage rugpijn.

In vele landen kun je rechtstreeks naar een kinesist gaan. In sommige landen, zoals in België, moet je hiervoor éérst naar de huisarts gaan. In het Wijkgezondheidscentrum hebben we een project waarbij je wel meteen bij de kinesist kan gaan.

We onderzoeken of het al dan niet goed zou zijn, dat je rechtstreeks naar de kinesist kan. Daarom vraag ik je om éénmalig een gesprek te hebben over jouw ervaring met de directe consultatie.
Dit gesprek kan doorgaan in De Kaai óf bij jou thuis. Het duurt +- een half uur.

Als je liever niet mee doet aan het onderzoek dan heeft dat geen invloed op je verdere relatie of behandeling bij je zorgverleners.
Als je deelneemt dan krijg je een formulier waarbij je toestemming geeft voor het interview.
Hierna neem ik contact met je op om een afspraak te maken.

Aarzel niet om vragen te stellen.

Dr. Sarah Van Impe
Huisarts in opleiding



Bijlage 6: Voorbereiding interview

Inleiding en richtvragen semigestructureerde interviews patiënten

Beste mevrouw/meneer,

Hartelijk dank dat u wilt deelnemen aan dit interview.

Ik zal mij eerst even voorstellen. Mijn naam is Sarah Van Impe. Ik zit momenteel in mijn laatste jaar in de studie tot huisarts. Ik heb het altijd belangrijk gevonden om mensen te kunnen helpen waar mogelijk, daarom ook mijn keuze om in de gezondheidszorg te beginnen werken. Ik vind het dan ook belangrijk om te weten hoe patiënten deze zorg ervaren. Door de ervaringen van patiënten te horen, kan ik ook leren om mensen beter te helpen.

Luisteren naar ervaringen van patiënten is belangrijk in alle delen van de gezondheidszorg. Daarom wil ik u nogmaals bedanken om deel te nemen aan dit interview.

U bent onlangs bij de kinesist geweest voor uw lage rugpijn. Hiervoor mocht u direct op raadpleging komen bij de kinesist. In vele landen kunt u rechtstreeks naar een kinesist gaan. In sommige landen moet u hiervoor éérst naar de huisarts gaan. De huisarts kiest dan met u of u wel of niet naar een kinesist gaat. Hier in het wijkgezondheidscentrum is er een project waarbij u wel meteen bij de kinesist kan gaan en dus niet eerst bij de huisarts moet gaan.

Ik zou graag onderzoeken of het al dan niet mogelijk zou zijn dat mensen in de toekomst meteen naar de kinesist kunnen gaan of eerst bij hun huisarts moeten gaan. Hiervoor hoor ik graag uw ervaring van het directe consult bij de kinesist.

Tijdens het interview zal ik naar uw verhaal luisteren en enkele vragen stellen. Het interview wordt opgenomen. Het interview is anoniem, waarbij enkel ik weet wie u bent.

Wilt u na deze informatie nog steeds deelnemen aan het interview? Mag ik het interview opnemen?

Algemene introductievraag:

- Hoe was uw ervaring om meteen bij de kinesist te kunnen gaan voor uw lage rugpijn?
- Wat is er u bijgebleven?

Eventuele bijvragen:

- Wat vindt u ervan dat u in België altijd eerst bij een dokter moet langsgaan voordat u naar de kinesist kan gaan?
- Wat vindt u van de mogelijkheid om direct bij de kinesist te kunnen langsgaan zonder eerst bij de dokter te moeten komen?
- Hoe was uw ervaring met de zorg die u ontving van de kinesist tijdens de directe raadpleging voor uw lage rugpijn? Wilt u deze zorg liever anders?
- Heeft u reeds andere problemen gehad waarvoor u een kinesist nodig had? Zo ja, welke?
- Zou u in de toekomst eerst bij een dokter of direct bij een kinesist willen langsgaan voor uw lage rugpijn? Waarom? En wat kiest u voor uw andere problemen?

- Hoe vindt u dat de communicatie tussen kinesisten en huisartsen zou moeten verlopen indien u met een probleem bij de kinesist komt?
  Vindt u dat de kinesist de huisarts steeds moet inlichten? Hoe? (bv via dossier)
  Vindt u dat de kinesist inzage mag hebben in uw volledige dossier?

Aanvullende gesloten vragen:

- Heeft u vertrouwen in een kinesist om direct uw kinesist aan te spreken zonder eerst een dokter te raadplegen voor advies over uw lage rugpijn? Denkt u dat een kinesist goed genoeg is opgeleid om u hiermee te helpen?
- Stelt u voor uw klachten van lage rugpijn een bezoek aan de dokter en de kinesist uit als u eerst bij een dokter moet langsgaan voor een voorschrift?
- Leeftijd?
- Eerste keer rugpijn?
- Hoe lang patiënt in wijkgezondheidscentrum?

Bijlage 7: Voorbereiding focusgroep

Inleiding

Welkom iedereen,

Eerst en vooral hartelijk dank dat jullie willen deelnemen aan deze focusgroep.

Ik zal mij eerst even voorstellen. Mijn naam is Sarah Van Impe, ik ben huisarts in opleiding en zit momenteel in mijn laatste jaar. Ik zal het gesprek begeleiden en stel mij tijdens het gesprek op als neutrale onderzoeker met interesse in jullie mening. Dit is Jessica Fraeyman, zij werkt voor de vereniging van wijkgezondheidscentra en zit hier als stille observator.

Ik ben momenteel bezig met een masterproef waarbij ik de ervaringen rond directe toegang tot kinesitherapie wil nagaan, met name bij patiënten met acute lage rugpijn. In vele landen is het mogelijk om voor bepaalde zorgvragen rechtstreeks bij een kinesist te gaan zonder dat er een raadpleging bij de huisarts noodzakelijk is. In sommige landen, waaronder België, is het verplicht om eerst een huisarts te raadplegen.

Mijn doel voor vandaag is dan ook om te luisteren naar jullie meningen en ervaringen rond directe toegang tot de kinesitherapie. We gaan ons daarbij focussen op patiënten acute lage rugpijn. Dit is rugpijn dat tussen de 24u en 6 weken bezig is. Recidiverende lage rugpijn behoort ook tot de inclusiecriteria, zolang de patiënt geen continue chronische rugpijn ervaart.

Deze focusgroep zal maximum 1,5 uur duren, het einduur is voorzien tegen 12uur. De bevindingen in deze focusgroep worden geanalyseerd waaruit conclusies zullen volgen die ik zal verwerken in mijn masterproef. Hierbij kunnen enkel Jessica en ik achterhalen wie wat heeft gezegd en verloopt de uitwerking verder met behulp van pseudoniemen.
Voor de verwerking van de gegevens is het erg handig dat de discussie wordt opgenomen. Is iedereen hiermee akkoord?

Zijn er mensen die na deze informatie toch liever niet zouden willen deelnemen? U bent volledig vrij hierin te kiezen en dit zal ook geen verdere gevolgen hebben.

Ik zal het gesprek leiden waarbij we proberen de tijd te bewaken en ervoor zullen zorgen dat iedereen aan de beurt kan komen. Jullie zijn vandaag de experten, iedereen zijn mening telt evenveel en het is dus zeker niet noodzakelijk dat jullie het met elkaar eens zijn. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is tijdens de discussie dan ook van belang dat iedereen zijn/haar mening vrijuit kan vertellen waarbij er respectvol naar elkaar wordt geluisterd. De informatie die hier wordt verteld wordt vertrouwelijk behandeld.

Zijn er tot nu toe vragen?
Nee? Dan gaan we het gesprek vanaf hier nu opnemen.

Focusgroepsgesprek

Openingsvraag

We gaan van start met een korte introductie:
We doen een ronde met jouw naam, functie en hoelang je in het WGC werkt. (Naambordjes + functie)

Inleidende vraag

Sinds kort kunnen patiënten rechtstreeks terecht bij de kinesist in WGC De Kaai, opgezet als een pilootproject, hoe is dat idee ontstaan?

Transitievraag

Als jullie nu terugkijken op het verloop van het project, wat zijn jullie ervaringen dan?

Bijvragen:

- Communicatie tussen disciplines
- Betrokkenheid huisarts
- Met het huidig kinesitherapeutisch voorschrift is er enigszins verplichting tot samenwerking. In geval van DTK is dit voorschrift voor bepaalde pathologieën niet meer verplicht. Hoe zouden jullie de communicatie onderling bevorderen?
- Hoe denken jullie dat de patiënten DTK ervaren?

Hoofdvraag

Als directe toegang tot kiné ingevoerd zou worden in gans Vlaanderen of België, wat zouden jullie dan aanbevelen?
(Julie zijn de experten, voor minister van de Broucke)

- Vinden jullie, zowel kinesisten als huisartsen, jullie zelf voldoende geschoold voor een systeem van verwijzing en een systeem van DTK?
- Elkaars competenties kennen
- Hoe voldoening halen uit het werk
- Wat met de autonomie als kiné?

Afsluitende vraag

Ik ga stilaan het gesprek afsluiten, ik hoor vooral dat… en …. Samengevat zou dat willen zeggen dat …
Kan ik dit zo samenvatten?
Dan stop ik de opname en is de focusgroep gedaan.

Bedankwoord. Samenvatting/korte positieve indruk van de bijeenkomst.

Nabespreking

Hoe verliep de focusgroep voor jou?
Wat waren de belangrijkste resultaten?
Wat was opmerkelijk?
Wat was onverwacht?
Wat was binnen de verwachtingen?
Wat moeten we zeker meenemen voor verdere interviews?
Moet er nog een vervolg komen?