KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study.

Katrijn Wouters

Promotor: Prof. J. Goedhuys, Vakgroep Huisartsgeneeskunde KUL

Co-promotor: Dhr. T. Németh

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

INHOUDSOPGAVE

Abstract 2

Inleiding 3

1. Situering van het onderzoek 3

2. Onderzoeksvraag 3

Literatuur 4

1. Literatuurstudie 4

I. Kinesitherapeutisch voorschrift 4

II. Kwaliteitscriteria geschreven informatie overdracht 8

2. Literatuurbespreking 8

I. Kinesitherapeutisch voorschrift 9

II. Kwaliteitscriteria geschreven informatie overdracht 12

3. Tekortkomingen van de studies 17

4. Besluit van de studies 18

Eigen onderzoek 19

1. Methode 19

2. Resultaten 20

I. Respons op de online vragenlijst aan de huisartsen 20

a) Elementen op het kinesitherapeutisch voorschrift 21

b) Obstakels waardoor het kinesitherapeutisch voorschrift foutief wordt ingevuld 23

II. Respons van de foutieve/onvolledige voorschriften 25

a) Aantal foutieve voorschriften per specialisme 25

b) Aantal foutieve voorschriften per provincie 26

c) Foutenverdeling van de ingezonden voorschriften 27

III. Representativiteit AXXON-leden 29

a) Verdeling naar provincie 29

b) Verdeling naar geboortejaar 30

c) Verdeling naar jaar van afstuderen 31

IV. Voorbeeldsjabloon 33

Bespreking 33

Besluit 37

Dankwoord 38

Bronvermelding 39

Bijlage 1 40

ABSTRACT

HET KINESITHERAPIE VOORSCHRIFT ALS COMMUNICATIEMIDDEL TUSSEN ARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN: HOE KAN HET BETER? EEN PILOT STUDY.

Haio: Katrijn WOUTERS; Katholieke Universiteit Leuven; Promotor: Prof. J. GOEDHUYS; Co-promotor: Dhr T. NEMETH; Praktijkopleider: Dr. E. SCHRAEPEN

Context: In België is het kinesitherapie voorschrift wettelijk gezien een vereiste indien een patiënt een kinesitherapeutische behandeling wenst, met recht op terugbetaling door het ziekenfonds. Volgens de riziv-criteria zijn er een aantal "verplichte elementen" en een aantal "eventueel te vermelden" elementen waaraan een kinesitherapie voorschrift, naar wettelijke normen, moet voldoen. Ondanks het bestaan van vastgestelde criteria, circuleren er nog met regelmaat foutieve/onvolledige voorschriften. Met dit onderzoek trachten wij in kaart te brengen wat de meest voorkomende fouten zijn bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift door artsen. Door hier de aandacht op te vestigen verwachten wij een reductie in het aantal foutieve voorschriften met als gevolg een gerichtere samenwerking tussen artsen en kinesitherapeuten, alsook een betere zorgverlening naar de patiënt.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de (meest) voorkomende fouten bij de opstelling van het kinesitherapie voorschrift door (huis)artsen en hoe kunnen we deze in de toekomst beperken?

Methode (literatuur & registratiewijze): Via online vragenlijsten werd de kennis van de Limburgse huisartsen met betrekking tot het kinesitherapie voorschrift getoetst. Alle AXXON-leden werden gevraagd hun foutieve/onvolledige voorschriften anoniem naar de hoofdzetel te zenden. Hieruit werden de meest voorkomende fouten bepaald. Deze voorschriften werden eveneens geanalyseerd naar aantal foutieve voorschriften per specialisme en aantal foutieve voorschriften per provincie. Een voorbeeldsjabloon werd ontwikkeld met als doel volledige voorschriften, conform de Belgische wetgeving, voor te schrijven.

Resultaten: Onze online vragenlijst werd beantwoord door 40 huisartsen. Hun kennis conform de wettelijk "verplichte elementen" scoort hoog. Er werden 250 foutieve voorschriften (267 fouten) geanalyseerd. Deze analyse geeft ons een duidelijk overzicht van de meest gemaakte fouten door artsen bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift. De meest gemaakte fouten zijn de volgende: 1) het niet vermelden van de datum; 2) het niet vermelden van de diagnose; 3) het niet vermelden dat het een huisbezoek betreft.

Conclusies: Onze analyses geven een duidelijk overzicht van de meest gemaakte fouten door artsen bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift. Deze masterproef leidde eveneens tot een praktijk verbeterend project. Door het in de praktijk implementeren van ons standaardsjabloon, worden er in onze praktijk volledige voorschriften, conform de Belgische richtlijnen, voorgeschreven.

E-mail: katrijn.wouters@student.kuleuven.be

ICPC-code: x

INLEIDING

Sedert het begin van mijn HAIO-opleiding viel het mij op dat de huisarts op zeer regelmatige basis samenwerkt met de kinesitherapeut. Dat de communicatie voornamelijk via het kinesitherapie voorschrift verloopt, werd mij al snel duidelijk. Andere mogelijke vormen van communicatie (briefwisseling/ telefonisch contact/ …) worden in veel minder frequente mate toegepast. Een goede communicatie tussen artsen en paramedici heeft een positief effect op de zorgkwaliteit van de patiënt, de centrale persoon voor alle zorgverleners.

1. *Situering van het onderzoek*

Gedurende de gehele artsenopleiding is de samenwerking arts-kinesitherapeut zeer summier tot niet aan bod gekomen. Voor mij was het daardoor initieel niet gekend welke informatie ik aan de kinesitherapeut moest overbrengen, bij het verwijzen van een patiënt. Uit de directe omgeving had ik van meerdere kinesitherapeuten vernomen dat er regelmatig foutieve (lees onvolledige) voorschriften circuleren met ergernis tot gevolg.

Zijn er strikte voorwaarden waaraan een kinesitherapie voorschrift moet voldoen? Hoe is het met de kennis van de huisartsen omtrent de opstelling van een kinesitherapie voorschrift gesteld? Wat zijn de meest voorkomende fouten, gemaakt door artsen, bij het opstellen van dergelijk voorschrift? Relevante informatie waar mijn interesse naar uitging. Anderzijds vind ik een correcte samenwerking met de kinesitherapeut belangrijk omdat de centrale persoon (lees de patiënt) hierbij gebaat is. Omdat het kinesitherapie voorschrift het meest gebruikte communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten is, besloot ik dit aspect verder te onderzoeken door mijn masterproef rond dit onderwerp uit te bouwen.

Om een overzicht te bekomen over de rol van het voorschrift ben ik gestart met een literatuurstudie. De focus wordt hierbij gelegd op de meest voorkomende fouten bij het opstellen van een voorschrift. Bijkomend werd er gezocht naar literatuur over algemene kwaliteitscriteria voor geschreven informatie overdracht. Met deze masterproef trachten wij dit aspect onder de aandacht te brengen met als doel een efficiëntere samenwerking tussen artsen en kinesitherapeuten te bekomen.

2. *Onderzoeksvraag*

Wat zijn de (meest) voorkomende fouten bij de opstelling van een kinesitherapie voorschrift door (huis)artsen en hoe kunnen we deze in de toekomst beperken?

Het doel van dit prospectief observationeel onderzoek is de samenwerking tussen de (huis)arts en de kinesitherapeut bevorderen. Met dit onderzoek trachten wij in kaart te brengen wat de meest voorkomende fouten zijn bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift. Door hier de aandacht op te vestigen verwachten wij een reductie in het aantal foutieve voorschriften met als gevolg een gerichtere samenwerking.

Mijn doelstelling is om specifiek het kinesitherapie voorschrift onder de loep te nemen, omdat dit communicatiemiddel het meest toegepast wordt in de geneeskundige setting van vandaag. Ik hoop dan ook dat de resultaten en besluiten van deze masterproef kunnen bijdragen tot een efficiëntere samenwerking tussen artsen en kinesitherapeuten en dat er meer duidelijkheid heerst over de verplichte voorwaarden waaraan een kinesitherapie voorschrift wettelijk gezien moet voldoen.

LITERATUUR

1. *Literatuurstudie*

I. Kinesitherapeutisch voorschrift

De onderzoeksvraag is zeer specifiek toegespitst op het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen (huis)artsen en kinesitherapeuten. De literatuurstudie vond plaats tussen 01/08/2012 en 01/02/2013.

Het principe van de **watervalmetafoor** werd toegepast. Allereerst werden de quaternaire bronnen geëvalueerd. Vervolgens werden de tertiaire bronnen nagezocht, gevolgd door de secundaire en primaire bronnen. Deze intensieve zoektocht leverde interessante informatie op. Het werd mij evenwel al snel duidelijk dat onderzoek, specifiek gericht op het kinesitherapie voorschrift, zeer zeldzaam is.

Bij de **quaternaire bronnen** ben ik gestart bij de **NHG-standaarden** (Nederlands Huisartsen Genootschap). Hier kon ik voor deze masterproef geen relevante informatie terugvinden. De **Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen** (WVVH) of Domus Medica geeft aan hoe een kinesitherapie voorschrift er zou moeten uitzien. Bovendien vond ik hier twee modules terug voor een LOK betreffende de communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. Via e-mail werd er contact opgenomen met Domus Medica. Er werd gevraagd inzage te bekomen in de modules. Beide modules werden doorgenomen. Hieruit blijkt dat door toepassing van de modules getracht wordt de communicatie tussen artsen en

kinesitherapeuten te verbeteren. Het betreft een uitgebreide waaier aan informatie te beginnen met een wegwijzer in de kinesitherapie. Een overzichtslijst van E-pathologieën en F-pathologieën (zowel de acute als de chronische) zijn toegevoegd, alsook een type-formulier F-situatie. Het pakket bevat een volledig uitgeschreven document met het takenpakket voor de moderator, inclusief casuïstiek en de agenda-indeling van de bijeenkomst. Naast deze uitgeschreven versie is dezelfde informatie ook in de vorm van een powerpoint presentatie bijgevoegd. Het kinesitherapeutisch verslag wordt eveneens besproken en hiervan zijn er voorbeelden opgenomen in de LOK-pakketten. Tijdens de LOK vergadering zijn zowel artsen als kinesitherapeuten aanwezig. Beide beroepsgroepen trachten, door in dialoog te gaan, inzichten te bekomen tot een goede communicatie. De elementen die een kinesitherapie voorschrift moet bevatten worden eveneens overlopen, een interessante bevinding met het oog op mijn onderzoeksvraag. In de LOK-pakketten is geen informatie terug te vinden betreffende gemaakte fouten bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift.[1]

In de **tertiaire bronnen** kon ik weinig relevante informatie vinden. In Minerva heb ik gezocht via de trefwoordenlijst op het trefwoord kinesitherapie en met vrije zoektermen waar zowel kinesitherapie als voorschrift als zoektermen werden ingegeven. Dit leverde geen bruikbare informatie op. Via Cebam kreeg ik o.a. toegang tot PEDro (physiotherapy evidence database) en ACP (American College of Physicians). Ook hier kon geen relevante informatie weerhouden worden.

Vervolgens ben ik gaan zoeken in de **secundaire bronnen**. Ik raadpleegde The Cochrane Library. Volgende zoektermen werden gebruikt: physiotherapy, prescription, physiotherapy + prescription. Helaas leverde dit geen informatie op die voldeed aan de onderzoeksvraag.

Op Pubmed, als **primaire bron**, werd de zoektocht verdergezet. De gebruikte zoektermen waren:

((((("Physicians"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Interdisciplinary Communication"[Mesh] limits: full text available and humans. Dit leverde **28 hits** op, maar geen bruikbare voor dit onderzoek.

(((((("Physicians"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Patient Care Team"[Mesh] limits: full text available and humans. Dit leverde **107 hits** op, maar geen bruikbare voor dit onderzoek.

(((((("Physicians"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Prescription Fees"[Mesh] limits: full text available and humans. Dit leverde **geen informatie** op.

(((((("Physicians"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Prescriptions"[Mesh] limits: full text available and humans. Dit leverde **15 hits** op, maar geen bruikbare voor dit onderzoek.

("Physicians, Family"[Mesh]) AND "Interdisciplinary Communication"[Mesh]. Dit leverde **72 hits** op, maar geen bruikbare voor dit onderzoek.

((("Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Physicians"[Mesh] AND ("loattrfull text"[sb] AND ("1985/01/01"[PDAT] : "2013/02/01"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]). Dit leverde **34 hits** op, waarvan 1 bruikbare.[2] Via de **related links** kwam ik bij **een tweede interessant artikel**.[3]

Via de **ICHO database** werden alle beschikbare masterproeven van de afgelopen jaren doorzocht. Er werd gekozen om te zoeken op trefwoord omdat de beschikbare ICPC-codes niet overeenkomend zijn met ons interessegebied. We kozen voor het trefwoord 'kinesitherapie voorschrift'. Dit resulteerde in **30 hits**. We konden hier één bruikbare bron weerhouden. "De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut: Het voorschrift nader bekeken en voorstellen voor een betere communicatie", werd enkel als abstract weergegeven. De auteur, Dr. Charlier, werd telefonisch gecontacteerd met de vraag voor inzage in de volledige masterproef. Haar volledige masterproef werd tot onzer beschikking gesteld.[4]

Tenslotte werden de **Vlaamse instanties**, waar de **opleiding kinesitherapie** gedoceerd wordt, gecontacteerd via e-mail (Artesis Hogeschool Antwerpen, Provinciale Hogeschool Limburg, Katholieke Universiteit Leuven, Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent). Aan de desbetreffende departementshoofden werd gevraagd of zij op de hoogte waren of er reeds onderzoek werd uitgevoerd waar foutieve kinesitherapie voorschriften werden geanalyseerd. Dit leverde volgende informatie op:

Prof. Dr. Karel Stappaerts **(Katholieke Universiteit Leuven)** liet ons weten dat hij twee licentiaatsverhandelingen heeft laten maken over het kinesitherapie voorschrift. De doelstellingen waren na te kijken wie, onderverdeeld naar medische specialisatie van de artsen, wat en hoeveel voorschreef en of voldaan was aan de wettelijke normen. De verhandelingen waren te consulteren in de Campusbibliotheek Arenberg, hetgeen ook door ons uitgevoerd werd.[5-6] Via de **Universiteit Antwerpen** kregen we de raad Prof. Dr. Karel Stappaerts (KU Leuven) te contacteren, omdat hij de meest aangewezen persoon is waar je terecht kan wat betreft de richtlijnen i.v.m. kinesitherapie voorschriften.

Via het Central PhD Office van de **Vrije Universiteit Brussel** kregen wij als antwoord op onze vraag twee online links toegestuurd. Het betreft enerzijds de onderzoekspagina's van de VUB-website, waar overzichten te raadplegen zijn van bestaand en lopend onderzoek.[7] Anderzijds kregen we een link doorgestuurd waar we toegang kregen tot de informatie van de onderzoeksdepartementen binnen de faculteit lichamelijke opvoeding en kinesitherapie.[8] Beide links werden nagezocht, maar helaas vonden we hier geen bruikbare informatie, voor ons onderzoeksproject.

Prof. Dr. Dirk Cambier van de **Universiteit Gent**, liet weten dat er volgens zijn weten vanuit academisch oogpunt dergelijk onderzoek niet gekend is. Hij refereerde naar AXXON, de beroepsvereniging van kinesitherapeuten die momenteel inspanningen levert ter inventarisatie van foutieve voorschriften, kaderend in ons onderzoek.[9]

Via de **Provinciale Hogeschool Limburg** kregen we het antwoord dat er naar hun mening een dergelijk project niet eerder werd uitgevoerd.

Na het toepassen van bovenvermelde zoekstrategie kunnen we **zes bruikbare bronnen weerhouden.**[1-2-3-4-5-6]

II. Kwaliteitscriteria geschreven informatie overdracht

Na het doorlopen van de hierboven beschreven zoekstrategie, werd er gezocht naar literatuur over **algemene kwaliteitscriteria voor geschreven informatie overdracht**. We raadpleegden hiervoor de **database van het ICHO**. Er is geen ICPC-code kaderend in ons interessegebied, namelijk kwaliteitscriteria voor geschreven informatie overdracht. We besloten daarom om onze zoekstrategie verder te zetten door te zoeken op trefwoord.

We kozen ervoor om als eerste trefwoord **'kwaliteitscriteria literatuur'** in te geven. Dit leverde **12 hits** op. We weerhielden één bruikbare masterproef, daterend uit 2007-2008. "Goed verwijzen: geen Sisyfusarbeid. Het verwijsdocument als kwaliteitsverbeterende factor in het zorgproces".[10] Via de database was enkel het abstract publiekelijk toegankelijk. De auteur, Dr. Amant, werd via e-mail en telefonisch gecontacteerd met de vraag voor inzage in het volledige proefschrift. Wij kregen hiervoor de toelating. Via e-mail werd zijn volledige masterproef aan ons overgemaakt.[10]

Als tweede trefwoord werd er gekozen voor **'geschreven literatuur'**. Dit leverde **82 hits** op. We weerhielden ook hier weer één bruikbare masterproef. Optimalisatie van de verwijsbrief: Onderzoek naar barrières en evaluatie van oplossingsgerichte strategieën in de huisartsenpraktijk. Deze masterproef van Dr. Lybaert daterend van 2008-2009 was publiekelijk toegankelijk.[11]

Als derde trefwoord kozen we voor **' informatie overdracht'**. Dit resulteerde in **55 hits**. Het gedetailleerd nazoeken van deze 55 hits resulteerde in twee bruikbare bronnen. Als eerste konden we de hierboven reeds vermelde masterproef van Dr. Lybaert weerhouden.[11] Een tweede bruikbare bron betreft de masterproef van Dr. Rijckaert. "Samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief", daterend uit 2012. Deze masterproef was eveneens publiekelijk toegankelijk.[12]

Na toepassing van bovenvermelde zoekstrategie konden we nog **drie bijkomende bronnen weerhouden**.[10-11-12]

1. *Literatuurbespreking*

Na toepassing van de hierboven weergegeven zoekstrategie kunnen wij **in totaal negen bronnen weerhouden**.[1-2-3-4-5-6,10-11-12] Graag willen wij benadrukken dat bij het selecteren van de weerhouden artikels streng geselecteerd werd, met opnieuw het kinesitherapie voorschrift als centrale rol.

I. Kinesitherapeutisch voorschrift

De studie van **Scaffardi**, uitgevoerd in 1989 in het Verenigd Koninkrijk toont aan dat de geschreven vorm van communicatie, de meest toegepaste vorm is tussen artsen en kinesitherapeuten. Dit omvat enerzijds het kinesitherapie voorschrift van de arts naar de kinesitherapeut, anderzijds het kinesitherapeutisch eindverslag van de kinesitherapeut aan de arts. Het doel van deze studie was deze communicatievorm dieper te bestuderen. Er namen veertien huisartsen en één fysiotherapeut deel aan dit project, gesitueerd tussen november 1987 en januari 1988. Tweehonderd voorschriften werden nader onderzocht door één en dezelfde kinesitherapeut. Uit dit onderzoek bleek dat door de kinesitherapeuten de diagnose, relevante medische problemen en het verwachte behandeldoel als essentiële informatie op het kinesitherapie voorschrift werden ervaren. De huisartsen ervaren het bereikte resultaat, de behandelopties voor de toekomst en de beoordeling van het probleem door de kinesitherapeut als essentiële feedback informatie.[3]

De studie van **Hulme**, uitgevoerd in 1985 in de Verenigde Staten, onderzocht de communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten. Het betreft hier geneesheer-specialisten. Uit dit onderzoek blijkt dat ca. de helft van de artsen een geschreven verslag verkiest boven mondelinge terugkoppeling. Over de inhoud van de verwijsbrief was er geen eenduidigheid. De diagnose werd door de kinesitherapeuten en artsen als essentiële informatie ervaren. Ondanks dit werd volgens de kinesitherapeuten de diagnose te vaak niet vermeld, niet-specifiek genoeg omschreven of werd er een symptoom neergeschreven in plaats van een diagnose.[2]

De Masterproef van **Dr. Charlier** werd uitgevoerd in 2010. Haar proefschrift "De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut, het voorschrift nader bekeken en voorstellen voor een betere communicatie", heeft als doel adviezen op te stellen voor een betere communicatie met de kinesitherapeut. Er werd besloten dat de communicatie voornamelijk via schriftelijk contact verloopt, telefonisch contact volgde op de tweede plaats. De informatie die door artsen aan kinesitherapeuten meegedeeld werd, had voornamelijk betrekking op de reden voor verwijzing, een eventueel radiografisch verslag en een casusomschrijving. De diagnose ontbrak vaak of werd te vaag omschreven op de verwijsbrief naar de kinesitherapeut, hoewel dit door beide partijen noodzakelijk werd geacht. De meest voorkomende struikelblokken voor een goede communicatie waren: een beperkte kennis van de kinesitherapie, slechte ervaringen bij voorgaande communicatie, een beperkte

beschikbaarheid van de arts, de dominantie van de arts en het gevoel van intimidatie van de kinesitherapeut. Bijna één derde van de Vlaamse huisartsen vond zijn kennis betreffende het kinesitherapeutisch beroep onvoldoende. De kennis omtrent de regelgeving van het beroep werd nog slechter beoordeeld. De kennis omtrent het kinesitherapeutisch beroep werd door een grote meerderheid verworven via praktijkervaring en samenwerking met de kinesitherapeut, veel minder door de basisopleiding en bijscholingen. Suggesties voor een goede communicatie waren: zich persoonlijk aan elkaar voorstellen, elkaar leren kennen en vertrouwen geven, zich niet laten intimideren, werken aan een betere kennis van het kinesitherapeutisch beroep bij huisartsen en een adequaat elektronisch netwerk.[4]

Momenteel verloopt de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut voornamelijk via de schriftelijke weg. Dr. Charlier nam het kinesitherapie voorschrift daarom nader onder de loep. Er werd nagegaan of het kinesitherapie voorschrift aan zijn wettelijke verplichtingen voldeed. Er werden in totaal 266 voorschriften geanalyseerd. Aan de CM werd de inzage gevraagd van deze kinesitherapievoorschriften. De verschillende Vlaamse verbonden van de CM (Midden-Vlaanderen, Waas en Dender, Brussel, Leuven, Mechelen, Antwerpen, Limburg, Roeselare, Oostende, Brugge) verzamelden vanaf februari 2009, vijfentwintig tot dertig kinesitherapievoorschriften, allen door huisartsen voorgeschreven. Er werden kopieën genomen van kinesitherapie voorschriften die werden doorgestuurd. Om privacy redenen werden de voorschriften door de CM gedepersonaliseerd. De voorschriften werden gecontroleerd naar volledigheid, leesbaarheid, het aantal voorgeschreven kinesitherapie sessies, de aanwezigheid van de voorgeschreven frequentie van de kinesitherapiesessies, de aanwezigheid van een door de huisarts voorgeschreven kinesitherapeutische behandeling en de aanwezigheid van een diagnose. Er waren 246 (92.1%) voorschriften volledig ingevuld, 21 (7.9%) voorschriften waren onvolledig ingevuld. Een verdeling naar leesbaarheid leverde volgende resultaten op: 253 (95.1%) voorschriften werden als leesbaar beschouwd. Van de handgeschreven voorschriften waren er 162 (60.9%) leesbaar en 13(4.9%) niet leesbaar. De diagnose ontbrak of was onleesbaar op 27 voorschriften (10.2%). Bij 71.4% van de voorschriften werd een goede diagnose vermeld. Bijkomend heeft Dr. Charlier in haar proefschrift negen kinesitherapeuten ondervraagd. Allen gaven zij aan dat het voorschrift tekortkomingen kent. De tekortkomingen van het voorschrift waren hoofdzakelijk: de weinige informatie met betrekking tot de patiënt, het niet leesbare geschrift, de vage en algemene diagnose werd ook aangehaald als element ter verbetering, het soms ontbreken van administratief essentiële elementen zoals de handtekening van de arts, de datum, het

aanduiden wanneer een huisbezoek noodzakelijk was,…Suggesties voor een toekomstig kinesitherapie voorschrift werden opgesteld.[4]

Naam en Voornaam Patiënt:
Datum:
Diagnose + lokalisatie:
Voorgeschiedenis:
Aantal:
Behandeling:
Gegevens van arts + handtekening:
O Patiënt kan de woonst om medische of sociale redenen niet verlaten.
Operatienr / code ingreep / opname datum:

Dr. Charlier gaf als samenvattende adviezen voor een betere communicatie, resulterend uit de onderzoeksgegevens van haar masterproef mee: méér communiceren, elkaar persoonlijk leren kennen, onderling een moment afspreken voor patiëntoverleg en elkaar vertrouwen geven.[4]

II. Kwaliteitscriteria geschreven informatie overdracht

De licentiaatsverhandeling van **Tom Dereere** onder leiding van Prof. Dr. Karel Stappaerts, werd uitgevoerd in 2004. Het primaire doel van dit onderzoek was aan de hand van de studie van voorschriften voor kinesitherapie na te gaan voor welke aandoeningen en door wie er vooral kinesitherapie werd voorgeschreven. Bijkomend werd er onderzocht hoeveel kinesitherapiezittingen en met welke frequentie per week en per dag er voor de verschillende aandoeningen werden voorgeschreven en of het voorschrift gedetailleerd de te verstrekken behandeling en eventueel contra-indicaties bevatte. Ook het onderzoeken van een eventueel verschil in voorschrijfgedrag tussen verschillende specialisaties van artsen was één van de doelstellingen. Tenslotte werden de voorschriften ook gecontroleerd op hun conformiteit met de wetgeving, hetgeen interessante informatie oplevert voor ons eigen onderzoek. De Christelijke Mutualiteit van het verbond Leuven, leverde geanonimiseerde voorschriften aan. Er werd een kopie genomen van de voorschriften en de getuigschriften voor verstrekte hulp van alle patiënten die kinesitherapiebehandelingen genoten hadden en zich kwamen aanbieden aan het loket van de Christelijke Mutualiteiten van het verbond Leuven. Dit gebeurde voor de voorschriften die binnenkwamen van 1 februari 2003 tot 31 maart 2003. Na deze periode leverde dit 3004 voorschriften op, die vervolgens geanalyseerd werden. Van elk van deze voorschriften werd de inhoud van het voorschrift nagegaan, alsook of de voorschriften aan de wettelijke vereisten voldeden. Om conform te zijn aan de wettelijke normen moeten de voorschriften aan bepaalde vereisten voldoen. De voorschriften moeten de naam en voornaam van de patiënt vermelden, aanduiden of de patiënt al dan niet gerechtigde is, de identificatie van de arts weergeven, een handtekening van de arts dragen en het aantal verstrekkingen vermelden. Verder moeten de voorschriften ook nog de diagnose of diagnostische elementen vermelden, de specialisatie van de arts vermelden en bij een eventuele vermelding van een thuisbehandeling moet dit conform de wettelijke voorschriften gebeuren. Maar liefst 84% van de voorschriften bleken één of meerdere fouten te bevatten waardoor deze voorschriften niet conform met de wetgeving bleken te zijn. Dit hoge percentage was grotendeels te wijten aan de variabele gerechtigde die niet aanwezig was op 82% van de voorschriften. Na exclusie van de variabele gerechtigde bleek nog steeds 11% van de voorschriften niet conform de nomenclatuur te zijn. De naam bleek afwezig te zijn in 2% van de voorschriften, de identificatie van de arts ontbreekt in 8%, de handtekening van de arts ontbrak in 1%, het aantal verstrekkingen was afwezig in 1%, de diagnose of diagnostische elementen ontbraken in 3%, de specialisatie van de arts ontbrakt in 8%. Op de voorschriften waar er een thuisbehandeling vermeld werd, werd dit slechts in 63% conform de

nomenclatuur gedaan. De specialisaties die met de beste resultaten naar voren kwamen bleken de psychiaters en de huisartsen te zijn.[6]

De licentiaatsverhandeling van **Karen van Bergen** onder leiding van Prof. Dr. Karel Stappaerts, werd uitgevoerd in 1998. Het doel van dit onderzoek was om medische voorschriften voor kinesitherapie te controleren wat de wettelijkheid betreft, en om ook de inhoud nader te bekijken. De voorschriften waren afkomstig van de liberale mutualiteit van Leuven, het christelijke ziekenfonds van Leuven en negen stageleiders van de GGS-opleiding manuele therapie, werkend in een zelfstandige praktijk. Voor de liberale mutualiteit werden de voorschriften onderzocht, binnengekomen tijdens de maand januari 1998. Dat waren er 79. Op het christelijk ziekenfonds waren dat de voorschriften binnengekomen over een periode van één week, namelijk de veertiende week van 1998. Dat waren er 420. Aan de stageleiders werd gevraagd om over een periode van twee maanden, vanaf 1 januari 1998 en eindigend op 28 februari 1998, informatie van de binnengekomen voorschriften bij te houden. Zo werden er nog eens 501 voorschriften verzameld, wat een totaal van 1000 maakte. In 41.4% van de gevallen werd gebruik gemaakt van voorschriftformulieren, specifiek ontworpen voor verwijzing naar de kinesitherapeut. Dit betekent dat ondanks het bestaan van specifieke kinesitherapievoorschriftformulieren, in bijna 60% van de gevallen toch gebruik gemaakt wordt van aspecifieke voorschriftformulieren. De meeste voorschriften (≥ 80%) worden ook niet wettelijke wijze ingevuld. Op 12% stond geen datum, op 1% geen handtekening van de voorschrijver, op 0.5% geen naam van de patiënt, op 80% was de rechthebbende niet aangeduid, op 1.6% geen aantal uit te voeren behandelingen, op 9% geen frequentie en op 13% was de frequentie op onwettige wijze opgegeven, op 9% geen diagnose of motivering van de behandeling, op 47% geen lokalisatie en op 6% was de identificatie van de arts niet volledig. Contra-indicaties werden slechts in 1.8% van de gevallen opgegeven. De gegevens die het meest ontbraken zijn dus de rechthebbende en de lokalisatie. Het grootste deel van de patiënten werd verwezen door de huisarts (71%). Ondanks al deze onvolkomenheden werd minder dan 1% van de patiënten teruggestuurd naar de voorschrijver om een nieuw voorschrift te vragen.[5]

De masterproef van **Dr. Tom Amant** werd uitgevoerd in 2006-2007. In zijn proefschrift: "Goed verwijzen: geen sisyfusarbeid wordt de verwijsbrief nader onder de loep genomen. Het doel van deze masterproef is het opstellen van een verwijsbriefsjabloon met de aanbevelingen uit de literatuur en praktische wensen uit het werkveld. Er wordt nagegaan of dit sjabloon een

kwaliteitsverbetering teweeg brengt en praktisch bruikbaar is in de dagelijkse huisartspraktijk. Aan 15 specialisten wordt hun mening gevraagd over het huidig verwijsdocument (vragen rond vormgeving, inhoud, professionaliteit en bruikbaarheid) en aanbevelingen hieromtrent. Gebruik makend hiervan wordt een verwijsbriefsjabloon opgesteld, welke gedurende een bepaalde tijd gebruikt wordt. Nadien wordt er opnieuw bij de specialisten gevraagd naar hun mening over het nieuwe document. Opnieuw werd via een vragenlijst met 10 beoordelingsvragen over dezelfde themata als voorheen, gevraagd om te scoren tussen 0 en 10, waarbij een lage waarde representatief is voor een slechte evaluatie en een hoge waarde voor een goede evaluatie. Volgende themata werden bevraagd: kwaliteit van beknoptheid, kwaliteit als medisch verantwoord document, kwaliteit van algemene leesbaarheid, kwaliteit van logische opbouw, kwaliteit van collegialiteit, kwaliteit als document waarmee u direct de patiënt verder kan helpen, kwaliteit als professioneel ogend document, kwaliteit als nuttig en bruikbaar document, kwaliteit ten opzichte van verwijsdocumenten van andere huisartsen, kwaliteit ten opzichte van het (in de ogen van de specialist) ideale verwijsdocument. De verschillen in respons werden geanalyseerd. Het totaal aangeschreven specialisten bedraagt 15, waarvan er 10 deelnamen aan het project. Het oude verwijsdocument scoorde 8.0 op 10. De criteria beknoptheid en professionaliteit scoorden eerder laag, collegialiteit en logische opbouw zeer goed. De respondenten verkozen grotendeels een getypt document, er was weinig voorkeur betreffende de lengte van het document en een elektronische uitdraai van lijstgegevens werd geprefereerd boven handgeschreven informatie. Het door Dr. Amant opgestelde sjabloon bevat 9 onderdelen: hoofding, informatie bestemmeling, informatie patiënt, huidig probleem en vraagstelling, relevante antecedentenlijst, huidige medicatielijst, aandachtspunten, vraag naar verslag, stempel en handtekening. Het gebruik ervan levert een tevredenheidsscore op van 8.78 op 10. Alle respondenten vinden dit toch een verbetering van het verwijsdocument. Er wordt besloten dat de invoering van de sjabloon een duidelijke subjectieve toegenomen tevredenheid van 7.8% bij de specialisten met zich meebrengt (voor alle bevraagde aspecten van de kwaliteit samen). De sjabloon wordt door de huisartsen in de praktijk ervaren als praktisch, gebruiksvriendelijk, volledig en snel beschikbaar.[10]

De Manama van **Dr. Benjamin Lybaert** dateert van 2008-2009. Zijn proefschrift: "Optimalisatie van de verwijsbrief: onderzoek naar barrières en evaluatie van oplossingsgerichte strategieën in de huisartsenpraktijk", heeft als hoofddoel de kwaliteit van verwijsbrieven in de opleidingspraktijk te verhogen. De vraagstelling is drieledig. Ten eerste wordt er nagegaan wat de criteria voor een kwaliteitsvolle verwijsbrief bij de verwijzing van

zwaar zorgbehoevende patiënten zijn. Ten tweede wordt er nagegaan wat de kwaliteit van de verwijsbrief van de eerste lijn naar een spoedafdeling bij zwaar zorgbehoevende patiënten is. Ten derde wordt nagegaan welke strategieën huisartsen gebruiken om een verwijsbrief van goede kwaliteit te produceren.

Uit deze masterproef blijkt dat er algemeen aanvaard wordt dat getypte verwijsbrieven van hogere kwaliteit zijn dan hun geschreven tegenhangers. Dit om het probleem van onleesbare verwijsbrieven al meteen op te lossen. Het gebruik van een standaard verwijsbrief (verwijsbriefsjabloon) is een gekende strategie voor een optimale informatie overdracht naar de tweede lijn. De weerhouden EBM-kwaliteitsindicatoren in verband met de verwijsbrief omvatten: datum opstellen brief, gegevens (vaste) huisarts, gegevens ontvanger, naam/geboortedatum patiënt, verblijf patiënt, contactpersoon/zorgteam, voorgeschiedenis/probleemlijst, chronische medicatie, psychosociale kenmerken patiënt, allergieën/intoleranties, ADL patiënt, reden van verwijzing, anamnese, klinisch onderzoek, aanvullende onderzoeken en hun resultaten, actueel toegediende medicatie, evaluatie (eventuele diagnose), wat besproken werd met de patiënt. Alle indicatoren bevatten een evidentiegraad 3.

Om de kwaliteit van de verwijsbrieven te beoordelen werd er een steekproef uitgevoerd. Er werden 101 verwijsbrieven opgenomen in de meting. De kwaliteit van de verwijsbrieven bij de verwijzing van 65+ patiënten naar spoed lijkt voor verbetering vatbaar. Uit deze masterproef blijkt dat drie op vier patiënten wordt verwezen op huisbezoek, waarbij huisartsen vaak een geschreven verwijsbrief opstellen. Vooral de medische voorgeschiedenis, allergieën en intoleranties en thuiszorggegevens worden vaak vergeten. Ook hier blijkt weer dat getypte verwijsbrieven van hogere kwaliteit blijken. Uit de metingen op spoed werden drie ‘best practiced’ praktijken geselecteerd en bevraagd. Ondanks het feit dat deze praktijken anders georganiseerd zijn, is hun gemeenschappelijke binding hun visie rond het verwijzen van patiënten en de speciale aandacht die uitgaat naar het EMD. De strategieën die bijdragen tot een kwalitatief sterke verwijsbrief zijn een geupdatet thuiszorgdossier voorzien van een verwijsbriefsjabloon, de mogelijkheid tot inzage of adaptatie van het EMD op huisbezoek, het opstellen en doorsturen van een uitgebreide en volledige verwijsbrief in een tweede tijd zo nodig, en het continue updaten van het EMD. Geen van de best practiced artsen verwijst elektronisch naar de tweede lijn. Een LOK sessie in verband met de verwijsbrief leverde onderstaande resultaten op. Bovenaan de verwijsbrief is er plaats voor een aantal administratieve gegevens, daaronder komt de kern van de verwijsbrief. De kern van de

verwijsbrief bestaat uit de reden van verwijzing, medische voorgeschiedenis, chronische en actueel toegediende medicatie, allergieën/intoleranties, klinische bespreking en evaluatie.
In het veld werd een consensus verwijsbrief uitgetest. Deze verwijsbrief is het eindresultaat van een gerichte LOK-sessie. Het aantal ingezamelde verwijsbrieven was laag, nl. 19. Er werd vastgesteld dat ze van een gemiddeld hogere kwaliteit zijn ten opzichte van de verwijsbrieven uit het eerste deelonderzoek. Een aantal aanbevelingen werden gedaan op basis van deze Manama. Bij het verwijzen van zwaar hulpbehoevende patiënten van de eerste lijn naar spoed wordt aangeraden aan huisartsen continue aandacht te hebben voor het updaten van het EMD, het gebruiken van een standaard verwijsbrief en bij patiënten die op huisbezoek worden doorverwezen een geactualiseerd thuiszorgdossier of mogelijkheid tot inzage in het EMD op huisbezoek te voorzien.[11]

De masterproef van **Dr. Loes Rijckaert**, samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief, dateert van 2012. De onderzoeksvraag is éénduidig: “Hoe ziet een goede verwijsbrief van de huisarts naar de psycholoog er uit”? Het doel van deze masterproef is om door middel van een standaardsjabloon tot een goede en praktisch haalbare interne doorverwijzing te komen. Aan de hand van vier vragen werd de basis voor een verwijssjabloon opgesteld. Allereerst werd nagegaan of een goede doorverwijzing nodig is. Uit deze Manama blijkt dat een goede doorverwijzing nuttig is. Verder blijkt dat een specialist de aanbevelingen gegeven door de huisarts in een verwijsbrief opvolgt. Indien de onderzoeken en behandelingen beoogd door de huisarts overeenstemmen met de uitgevoerde onderzoeken en gestarte behandeling door de specialist geeft dit een daling van de ongerustheid van de patiënt. Als tweede werd er nagegaan of een brief (het meest) geschikt is als verwijsmiddel. Gezien alle standaarden werken met een brief als format, kan er vanuit gegaan worden dat een verwijsbrief geschikt is als middel ter verwijzing. Als derde werd er nagegaan hoe een goede verwijzing eruit ziet. Er werd geconcludeerd dat de elektronische briefwisseling de beste is. Gekend was dat er verschillende sjablonen zijn voor verschillende zorgmomenten. Hierbij vertrekt ieder sjabloon vanuit drie standaard delen: de envelop (administratieve gegevens, contactgegevens verzender), de kern (klacht, vraagstelling, anamnese, klinisch onderzoek, relevante comorbiditeit, behandeling) en de bijlage (medische voorgeschiedenis, actuele medicatie, aanvullend onderzoek, risicovol leefgedrag en familiale anamnese). Als laatste werd nagegaan of een gestandariseerd model nut heeft. Er werd geconcludeerd dat een voordeel van een vast

sjabloon is dat het o.a. fungeert als een checklist voor de verwijzer om er zeker van te zijn dat alle relevante informatie aanwezig is in de verwijsbrief.
Bij navraag bij vier huisartsen naar hun mening betreffende de verwijsbrief en hun ervaring met het sjabloon blijkt dat er een groot verschil is in het gebruik ervan door de vier artsen. Het merendeel van de artsen ervaart het nut en de opbouw van het sjabloon als positief. De meest voorkomende argumenten om voor een verwijsbrief te kiezen zijn: als checklist om niets te vergeten, om belangrijke voorgeschiedenis, medicatie of omstandigheden te vermelden en om een vraagstelling mee te geven. De belangrijkste drempel om een brief te schrijven blijft het gebrek aan tijd. Uiteindelijk werd besloten dat de verwijsbrief best volgende hoofdelementen bevat: gegevens van de arts, datum, patiëntgegevens, aanmeldingsklacht, een eigen differentiaal diagnostiek, voorgeschiedenis, omstandigheden (probleemgebieden in het dagelijks leven), reden van verwijzing, opmerkingen en bijlagen (psychiatrische verslagen).[12]

1. *<u>Tekortkomingen van de studies:</u>*

De studie van Scaffardi dateert uit 1989. Er worden hier 200 "willekeurige" voorschriften onderzocht. Het betreft slecht een zeer selecte groep van deelnemers.[3]

De studie van Hulme omvat slechts acht artsen en tien kinesitherapeuten en dateert uit 1985.[2]

In het proefschrift van Dr. Charlier werd de communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten zeer nauwkeurig onder de loep genomen. Het project werd uitgevoerd in 2010. Er werden 266 voorschriften geanalyseerd, en verbeteradviezen voor de toekomst meegegeven. De focus ligt in dit proefschrift op de communicatie in het algemeen. Het aantal foutieve/onvolledige voorschriften betreft slechts 21 (7.9%) exemplaren. Zoals Dr. Charlier zelf aangeeft in haar proefschrift, kan er niet gesproken worden van een strikt a-selecte steekproef. De resultaten kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar Vlaanderen en zeker niet naar België. Het doel was om met de resultaten een indicatie te geven omtrent de informatie die door de arts aan de kinesitherapeut wordt verstrekt.[4]

In zowel de licentiaatsverhandeling van Karen Van Bergen, uitgevoerd in 1998, als Tom Dereere, uitgevoerd in 2004, worden een acceptabel aantal, 1000 respectievelijk 3004 kinesitherapie voorschriften gecontroleerd naar de wettelijke vereisten. Het aantal exemplaren dat niet voldeed aan de wettelijke vereisten bedroeg 80% respectievelijk 84%, hetgeen een aanzienlijk aantal is. In beide onderzoeken werd de data collectie beperkt tot het district

Leuven. In de licentiaatsverhandeling van Tom Dereere werd dit nog verder beperkt tot enkel de Christelijke Mutualiteit van het verbond Leuven.[5-6]

In het proefschrift van Dr. Amant wordt de verwijsbrief nader onder de loep genomen. We moeten hier duidelijk vermelden dat het gaat over communicatie tussen huisartsen en medisch specialisten. Een belangrijke tekortkoming van deze studie is het beperkt aantal respondenten welke niet ad random gekozen zijn, waardoor er sprake is van selection bias. Daarnaast zijn er, zoals Dr. Amant zelf aangeeft, vragen in de enquête die voor interpretatie vatbaar zijn ("nuttig", "medisch verantwoord"). Omwille van de anonimiteit van de gegevensverwerking is het hier niet mogelijk om de gegevens van dezelfde respondent voor en na de invoering van de sjabloon aan elkaar te koppelen.[10]

In het proefschrift van Dr. Lybaert wordt de verwijsbrief nader bekeken. Het betreft hier de verwijzing van zwaar zorgbehoevende patiënten (65+) van de huisarts naar de spoedafdeling. In deze Manama gaat het over een kleine hoeveelheid verwijsbrieven, nl. 98 exemplaren. De interpretatie van de verwijsbrieven gebeurde door slechts één persoon. De urgentiegraad van de verwijzing werd beoordeeld. De afwezigheid van bepaalde kwaliteitsindicatoren is dubbel. De afwezigheid van bepaalde items in een verwijsbrief kan duiden op vergetelheid van de huisarts enerzijds, maar anderzijds kan het zijn dat dit item niet van toepassing was op de patiënt.[11]

In de masterproef van Dr. Rijckaert wordt er getracht de samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog te verbeteren door het opstellen van en het in gebruik nemen van een verwijsbrief. Zoals Dr. Rijckaert zelf al aangeeft gaat het om een praktijkverbeterend project dat kleinschalig is en moeilijk statistisch te onderbouwen is. De gebruikte enquêtes zijn weinig onderbouwd en belangrijk voor onze onderzoeksvraag is dat het enkel en alleen gaat over de verwijsbrief tussen de huisarts en de psycholoog.[12]

1. *<u>Besluit van de studies</u>*

Uit de literatuur blijk dat in België het kinesitherapie voorschrift wettelijk gezien een vereiste is, indien een patiënt een kinesitherapeutische behandeling wenst, met recht op terugbetaling door het ziekenfonds.[13] Het kinesitherapie voorschrift moet aan bepaalde wettelijke vereisten voldoen. Uit meerdere studies blijkt dat het aantal correct ingevulde kinesitherapie

voorschriften zeer ondermaats scoort.[4-5-6] Ondanks het feit dat er voorschriftformulieren, specifiek ontworpen voor verwijzing naar de kinesitherapeut bestaan, wordt hiervan slechts in een minderheid gebruik gemaakt.[5] Er is dus nog een ruime marge voor verbetering mogelijk om deze manier van communicatie te optimaliseren. Uit de literatuur over algemene kwaliteitscriteria voor geschreven informatie overdracht kunnen we besluiten dat er bij een verwijzing, bij voorkeur wordt gewerkt met een standaardsjabloon.[10-11-12] Door gebruik te maken van standaardsjablonen is de verwijzing meer volledig en wordt de kans op vergetelheden gereduceerd. Bovendien wordt het probleem van onleesbare verwijsbrieven opgelost bij het opstellen van een digitale versie, hetgeen in meerdere studies die voorkeur geniet.[10-11]

EIGEN ONDERZOEK

1. Methode

Graag wilden wij de **kennis van de huisartsen** met betrekking tot het kinesitherapie voorschrift in kaart brengen. Wij stelden zelf een document op bestaande uit twee luiken. Het eerste luik betrof een korte multiple-choice vragenlijst, gebaseerd op de riziv-criteria.[13] Het doel was dat de huisartsen zouden aanvinken welke elementen uit deze vragenlijst, naar hun mening, verplicht op een kinesitherapie voorschrift vermeld moeten worden. Bijkomend werd er volgende vraag gesteld: "Zijn er naar uw mening nog andere obstakels, buiten het gebrek aan kennis, waardoor een kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld door de arts? Zo ja, welke?". (Bijlage 1)

We besloten om de voorzitters van alle 17 Limburgse huisartsenkringen telefonisch te contacteren. Er werd medegedeeld dat wij momenteel een onderzoek voeren over de samenwerking tussen artsen en kinesitherapeuten, dat wij specifiek het kinesitherapie voorschrift nader willen onderzoeken met als uiteindelijke doel een vlottere samenwerking tussen beide beroepsgroepen te bekomen. Wij stelden hen de vraag of het mogelijk was onze vooropgestelde vragenlijst te verzenden naar alle leden van hun huisartsenkring. Alle 17 voorzitters waren bereid om mee te werken aan ons onderzoek. We bezorgden onze vragenlijst via e-mail aan de voorzitters. Vervolgens mailden de voorzitters de vragenlijst naar alle leden van hun huisartsenkring. Op deze manier bereikte we 813 huisartsen.[14] Er werd gevraagd om de ingevulde vragenlijst via e-mail aan mij (één en dezelfde persoon) terug te zenden. In onze e-mail werd nogmaals uitdrukkelijk benadrukt dat het de bedoeling is dat er

eerlijk op onze vragenlijst werd geantwoord, waarmee wij bedoelen zonder dat er in de literatuur nagezocht wordt wat de wettelijk voorgeschreven normen zijn. Een maand na onze eerste mailing werden de voorzitters een tweede keer gecontacteerd via e-mail. Er werd gevraagd om een reminder te sturen naar alle leden van hun huisartsenkring om zo onze respons, waar mogelijk, nog te vergroten.

Om een antwoord te krijgen op onze onderzoeksvraag "Wat zijn de (meest) voorkomende fouten bij de opstelling van een kinesitherapie voorschrift", besloten we zelf foutieve **kinesitherapie voorschriften te verzamelen en te analyseren**. Voor onze datacollectie werd contact opgenomen met Axxon, de beroepsvereniging van kinesitherapeuten in België.[9] Axxon verzond tot twee maal toe een oproep naar hun leden met de vraag om onvolledige kinesitherapie voorschriften, geanonimiseerd aan hun hoofdzetel te bezorgen. De Axxon leden ontvingen deze info via e-mail en via schrijven in hun tijdschrift dat per post aan de leden wordt bezorgd. De inzendperiode bedroeg een periode van zes maanden. De representativiteit van de Axxon leden werd eveneens gecontroleerd. Door deze ingezamelde voorschriften statistisch te analyseren trachten we meer inzicht te krijgen in de foutenverdeling.

Om in de toekomst het aantal foutieve/onvolledige kinesitherapie voorschriften zo maximaal mogelijk te reduceren, ontwerpen wij een **voorbeeldsjabloon kinesitherapie voorschrift**. Hierbij houden wij rekening met onze ingezamelde informatie en met de wettelijke vereisten, volgens de riziv-criteria. Ons voorbeeldsjabloon zal in onze huisartsenpraktijk geïmplementeerd worden, waardoor wij in de toekomst zo volledig mogelijke kinesitherapie voorschriften opstellen.

2. *Resultaten*

I. Respons op de online verstuurde vragenlijst aan de huisartsen.

Onze vraag aan de huisartsen om onze vragenlijst online in te vullen en terug te zenden leverde een initiële respons op van 25 exemplaren. Na onze reminder werden er nog eens 15 vragenlijsten extra aan ons toegezonden. Uiteindelijk waren er **40 Limburgse huisartsen** die onze vragenlijst terugzonden. Het eerste luik van onze vragenlijst waarbij aan de huisartsen werd gevraagd aan te vinken welke elementen, naar hun mening, verplicht moeten worden ingevuld op een kinesitherapie voorschrift, werd door alle 40 huisartsen beantwoord.

a) <u>Elementen op het kinesitherapeutisch voorschrift</u>

Volgens de **riziv-criteria** zijn er een aantal **verplichte elementen** welke een kinesitherapie voorschrift moet bevatten. Hiertoe behoren de elementen a (naam en voornaam van de patiënt), c (naam, voornaam en riziv-nummer van de voorschrijver), d (datum van het voorschrift), e (handtekening van de voorschrijver), f (maximum aantal zittingen), g (diagnose van de te behandelen aandoening) en h (anatomische lokalisatie van de letsels indien dit niet uit de diagnose blijkt).[13] Alle 40 (100%) huisartsen gaven aan dat de elementen a, c, d, e en g verplicht op het kinesitherapeutisch voorschrift vermeld moeten worden. Het element f werd door 37 (92.5%) als verplicht aangeduid. Het element h werd door 34 (85%) huisartsen als verplicht aangegeven.

Volgens de riziv-criteria zijn er een aantal **"eventueel te vermelden" elementen** die op het kinesitherapie voorschrift vermeld kunnen worden. Hiertoe behoren de elementen i (nomenclatuurnummer en datum van de chirurgische ingreep voor de acute pathologische situaties), j (motivering van een 2de zitting per dag, indien u dit noodzakelijk acht), k (aard van de kinesitherapie behandeling), l (frequentie van de kinesitherapie behandeling), m (voorschrift van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, indien u dit wenst), n (aanvangsdatum van de behandeling, indien anders dan vanaf datum voorschrift), o (vermelding "dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten" indien de verstrekkingen aan huis moeten worden verleend, p (noodzaak voor zittingen met persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut van 45 min of 60 min).[13] Het element o werd door 34 (85%) huisartsen als verplicht aangevinkt. 24 (60%) huisartsen gaven het element k als verplicht aan. De elementen n en m werden door 21 (52.2%) resp. 20 (50%) van de huisartsen als verplicht aangeduid. 18 huisartsen (45%) gaven de elementen j en l als verplicht aan. Het element i werd door 10 (25%) huisartsen aangegeven. Tenslotte gaven 6 (15%) huisartsen het element p als verplicht aan.

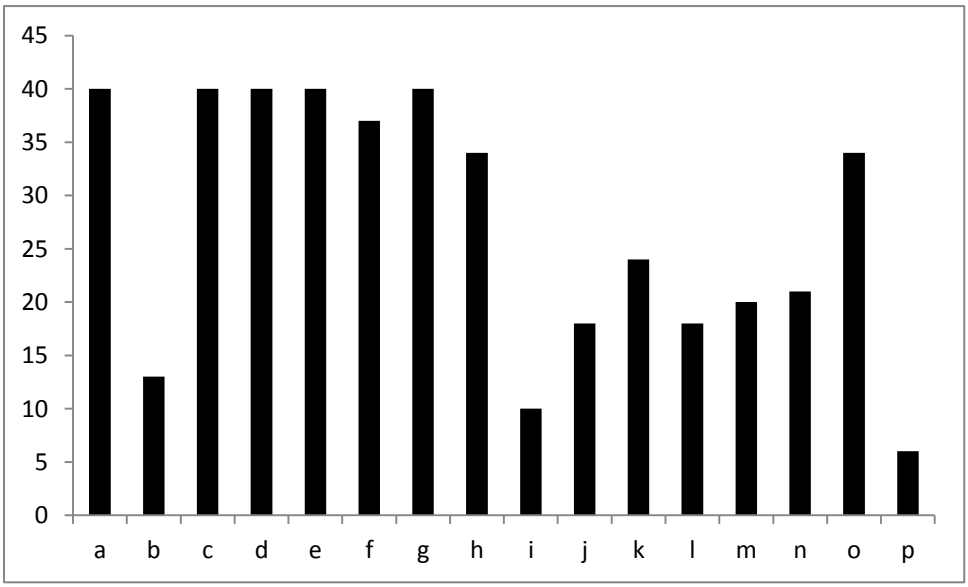
Het element b (adres van de patiënt) staat niet opgenomen in de riziv-criteria en moet bijgevolg ook niet op het voorschrift vermeld worden.[13] Van onze deelnemende huisartsen waren er 13 (32.5%) die dit als verplichte element aanvinkten

.

Tabel 1: Verplichte elementen op een kinesitherapie voorschrift, volgens de huisarts

	Aantal	%
a	40	100
b	13	32,5
c	40	100
d	40	100
e	40	100
f	37	92,5
g	40	100
h	34	85
i	10	25
j	18	45
k	24	60
l	18	45
m	20	50
n	21	52,5
o	34	85
p	6	15

Grafiek 1: Verplichte elementen, op een kinesitherapie voorschrift, volgens de huisarts



a	Naam en voornaam patiënt
b	Adres patiënt
c	Naam, voornaam en RIZIV-nummer voorschrijver
d	Datum voorschrift
e	Handtekening voorschrijver
f	Maximum aantal zittingen
g	Diagnose van de te behandelen aandoening
h	Anatomische lokalisatie letsels indien dit niet uit de diagnose blijkt
i	Nomenclatuurnummer en datum van de chirurgische ingreep voor de acute pathologische situaties
j	Motivering van een 2de zitting per dag , indien u dit noodzakelijk acht
k	Aard van de kinesitherapie behandeling
l	Frequentie van de kinesitherapie behandeling
m	Voorschrift van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, indien u dit wenst
n	Aanvangsdatum van de behandeling, indien anders dan vanaf datum voorschrift
o	Vermelding "dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten" indien de verstrekkingen aan huis moeten worden verleend
p	Noodzaak voor zittingen met persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut
	van 45 min of 60 min

b) <u>Obstakels waardoor het kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld</u>

Vervolgens werd er in onze vragenlijst gepeild naar **andere oorzaken van foutief ingevulde kinesitherapie voorschriften**. Hiervoor werd de open vraag gesteld: “Zijn er naar uw mening nog andere obstakels, buiten het gebrek aan kennis, waardoor een kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld door de arts? Zo ja, welke?”

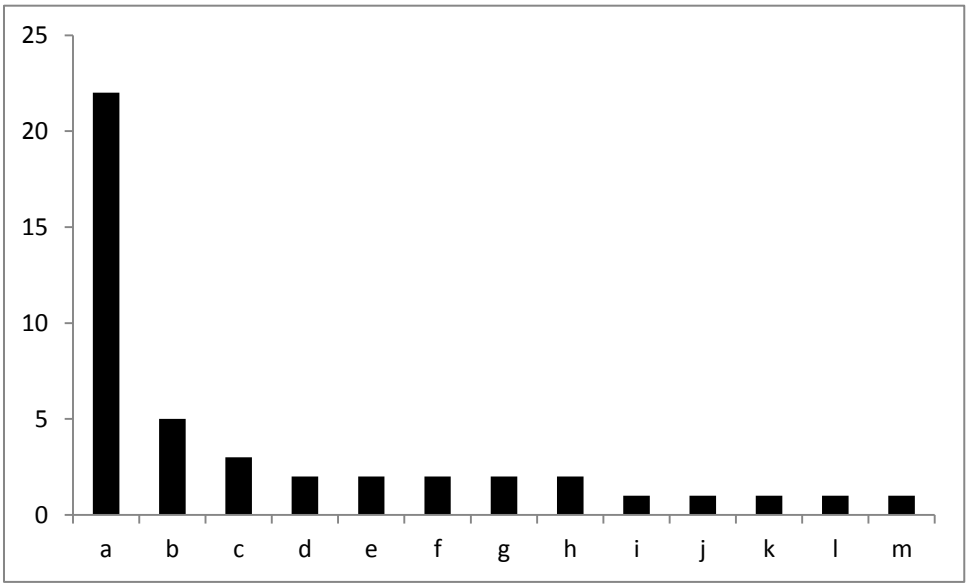
Meer dan de helft van de huisartsen, nl 22 **(55%), gaven geen antwoord op onze open vraag**. 5 (12.5%) huisartsen beantwoordden deze vraag negatief. Het gebrek aan kennis over de mogelijke therapeutische behandelingen die toegepast kunnen worden voor welk probleem, mede doordat behandeltechnieken kunnen veranderen, werd door 3 (7.5%) huisartsen als obstakel aangegeven. 2 huisartsen (5%) gaven als obstakel aan: de grote diversiteit tussen de kinesitherapeuten zelf, waardoor de huisarts niet altijd weet wie welke behandeltechniek nu wel of niet kan toepassen. Deze huisartsen gaven aan dat zij daarom niet altijd durven specifiëren welke behandeling gevolgd moet worden en graag op de hoogte zouden zijn van de specifieke behandelingen die de kinesitherapeut uitvoert, daar ieder zijn eigen interessegebied heeft. De onduidelijkheid tussen een E- en F-pathologie, het niet weten of de

patiënt al kinesitherapie heeft gehad (bv. voorgeschreven door een collega-arts) en dus boven zijn maximum zit voor een bepaalde aandoening en onduidelijke communicatie van de geneesheer-specialist (bv. de huisarts kent niet altijd het nomenclatuurnummer van de operatie die de patiënt heeft ondergaan), werd door 2 (5%) huisartsen als obstakel aangegeven. Ook waren er 2 (5%) huisartsen van mening dat een goede kinesitherapeut beter op de hoogte is van de beste behandeling om het therapeutisch doel te behalen. Zij gaven aan dat de aard en frequentie beter door de kinesitherapeut bepaald kan worden. Overige oorzakelijke obstakels van foutieve/onvolledige kinesitherapie voorschriften waren: tijdsgebrek, slordigheid, niet aangepaste medische software en de formulering gewenst door het riziv is niet altijd makkelijk. Bovenstaande argumenten werden door één (2.5%) arts aangegeven. Tenslotte was er één (2.5%) arts de voorkeur gaf aan telefonisch overleg tussen de arts en de kinesitherapeut.

Tabel 2: Obstakels waardoor een kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld

	Aantal	%
a	22	55
b	5	12,5
c	3	7,5
d	2	5
e	2	5
f	2	5
g	2	5
h	2	5
i	1	2,5
j	1	2,5
k	1	2,5
l	1	2,5
m	1	2,5

Grafiek 2: Obstakels waardoor een kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld



a	Open gelaten
b	Neen
c	Gebrek aan kennis van behandelingen
d	Diversiteit tussen de kinesisten
e	Onderscheid tussen E- en F-pathologie onduidelijk
f	Onbekend aantal reeds verstreken verstrekkingen
g	Aard en frequentie beter door kinesist te bepalen
h	Onduidelijke communicatie van medisch specialist
i	Tijdsgebrek
j	Slordigheid
k	Niet-aangepaste medische software
l	Onduidelijke riziv-criteria
m	Liever telefonisch overleg

II. Respons van de foutieve/onvolledige voorschriften

Onze oproep aan kinesitherapeuten om foutieve/onvolledige voorschriften te verzenden aan Axxon, leverde een respons op van **250 exemplaren**.

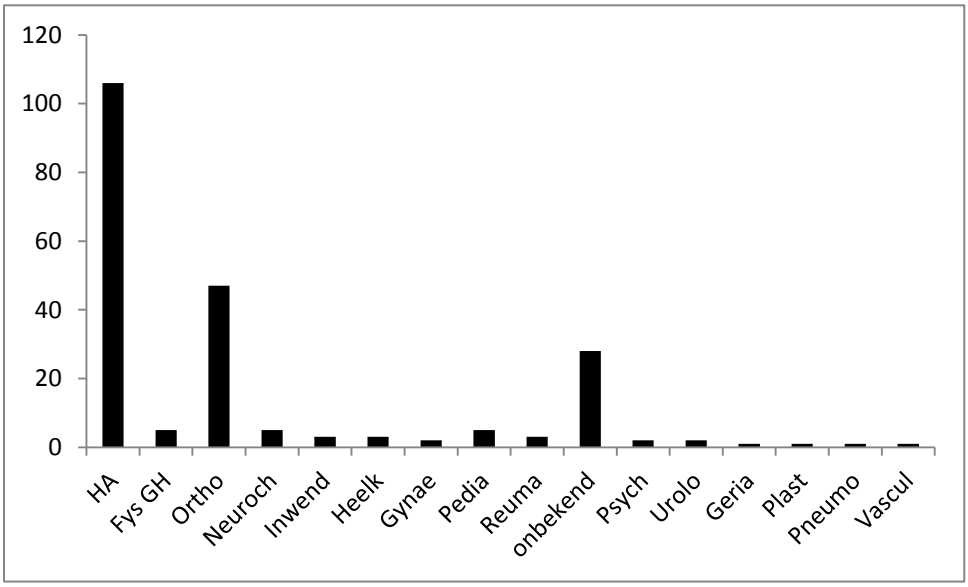
a) <u>Aantal foutieve voorschriften per specialisme</u>

Het grootste aantal foutieve voorschriften, 106 **(49.3%)** voorschriften werd voorgeschreven door de **huisarts.**

Tabel 3: Aantal foutieve voorschriften per specialisme

	Aantal	%
Huisarts	106	49,3
Fysisch geneesheer	5	2,3
Orthopedisch chirurg	47	21,9
Neurochirurg	5	2,3
Inwendige geneesheer	3	1,4
Algemeen chirurg	3	1,4
Gynaecoloog	2	0,9
Pediater	5	2,3
Reumatoloog	3	1,4
onbekend	28	13
Psychiater	2	0,9
Uroloog	2	0,9
Geriater	1	0,5
Plastisch chirurg	1	0,5
Pneumoloog	1	0,5
Vaatchirurg	1	0,5

Grafiek 3: Aantal foutieve voorschriften per specialisme



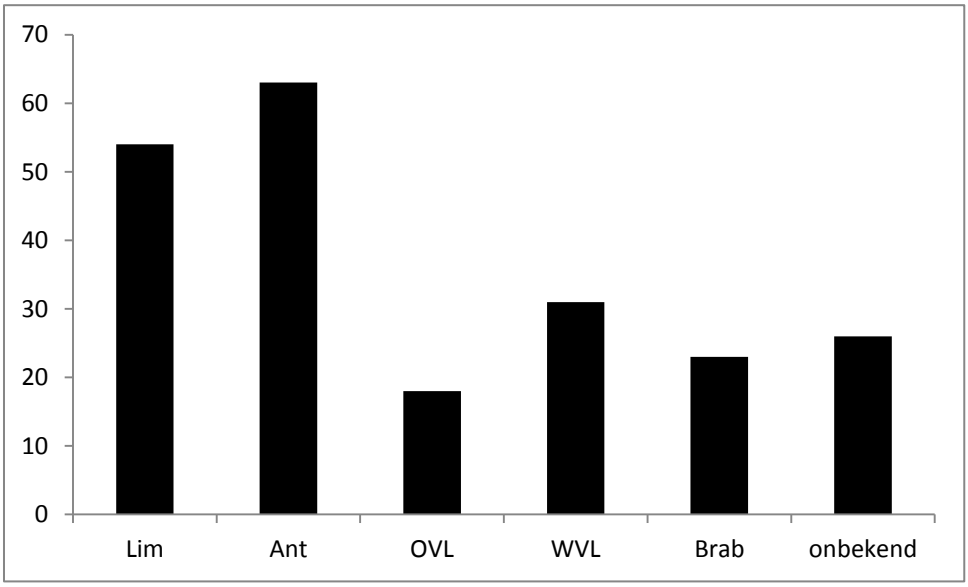
b) <u>Aantal foutieve voorschriften per provincie</u>

Een analyse per provinciaal gebied leerde ons dat het merendeel van de foutieve voorschriften, nl. 63 **(29.3%)** exemplaren afkomstig was uit de provincie **Antwerpen**. Het tweede grootste aantal voorschriften was afkomstig uit de provincie Limburg, 54 (25.1%) exemplaren. Uit West-Vlaanderen werden er 31 (14.4%) foutieve voorschriften ingezonden.

Tabel 4: Aantal foutieve voorschriften per provincie

	Aantal	%
Limburg	54	25,1
Antwerpen	63	29,3
Oost-Vlaanderen	18	8,4
West-Vlaanderen	31	14,4
Vlaams-Brabant	23	10,7
onbekend	26	12,1

Grafiek 4: Aantal foutieve voorschriften per provincie



c) <u>Foutenverdeling van de ingezonden voorschriften</u>

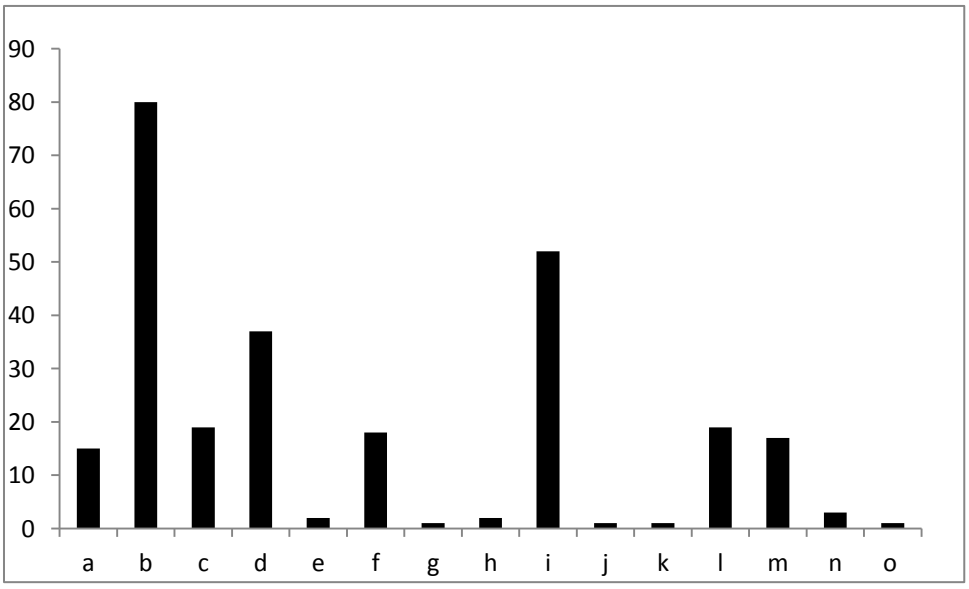
Met de focus op het aantal fouten konden we vaststellen dat er **267 fouten** gemaakt werden op het **totaal van 250 ingezonden voorschriften**. Dit aantal is te verklaren door het feit dat er door sommige artsen meerdere fouten per voorschrift gemaakt werden. De voor dit onderzoek erg belangrijke en interessante verdeling per foutenlast leverde onderstaande resultaten op. De meest voorkomende fout was het **ontbreken van een datum**, nl. bij 80 **(29.9%)** voorschriften. Andere veel voorkomende fouten waren het ontbreken van een diagnose op 52 (19.4%) voorschriften, het niet vermelden dat het een huisbezoek betrof op 37 (13.1%) voorschriften, het niet aangeven van het aantal behandelingen dat toegepast moest worden op 19 (7.1%) voorschriften en het niet meedelen van de operatiecode op 19 (7.1%) voorschriften. Op 18 (6.7%) voorschriften werd de operatiedatum niet vermeld. Er waren 17 (6.3%) voorschriften die als onleesbaar werden beschouwd. De identificatie van de voorschrijver ontbrak op 15 (5.6%) exemplaren en in 3 (1.1%) gevallen ontbrak de identificatie van de

patiënt. De minder frequente fouten betroffen een antidatering op 2 (0.7%) voorschriften en contradicties kwamen voor op 2 (0.7%) voorschriften. Tenslotte werd er op één (0.4%) voorschrift een foutieve notatie huisbezoek aangegeven, een foutieve K-nomenclatuur werd één keer (0.4%) voorgeschreven, de handtekening van de voorschrijver werd op één (0.4%) voorschrift niet vermeld en een foutieve nomenclatuurnummer werd op één (0.4%) voorschrift neergeschreven.

Tabel 5: Foutenverdeling van de ingezonden voorschriften

	Aantal	%
identificatie voorschrijver	15	5,6
datum	80	29,9
aantal behandelingen	19	7,1
huisbezoek	37	13,8
antidatering	2	0,7
operatiedatum	18	6,7
foutieve notatie huisbezoek	1	0,4
contradicties	2	0,7
diagnose	52	19,4
K-nomenclatuur	1	0,4
handtekening voorschrijver	1	0,4
operatiecode	19	7,1
onleesbaar	17	6,3
identificatie patiënt	3	1,1
foutieve nomenclatuur	1	0,4

Grafiek 5: Foutenverdeling van de ingezonden voorschriften



a	identificatie voorschrijver
b	datum
c	aantal behandelingen
d	huisbezoek
e	antidatering
f	operatiedatum
g	foutieve notatie huisbezoek
h	contradicties
i	diagnose
j	K-nomenclatuur
k	handtekening voorschrijver
l	operatiecode
m	onleesbaar
n	identificatie patiënt
o	foutieve nomenclatuur

III. Representativiteit AXXON-leden

De Vlaamse zetel van Axxon telt **3848 leden**.

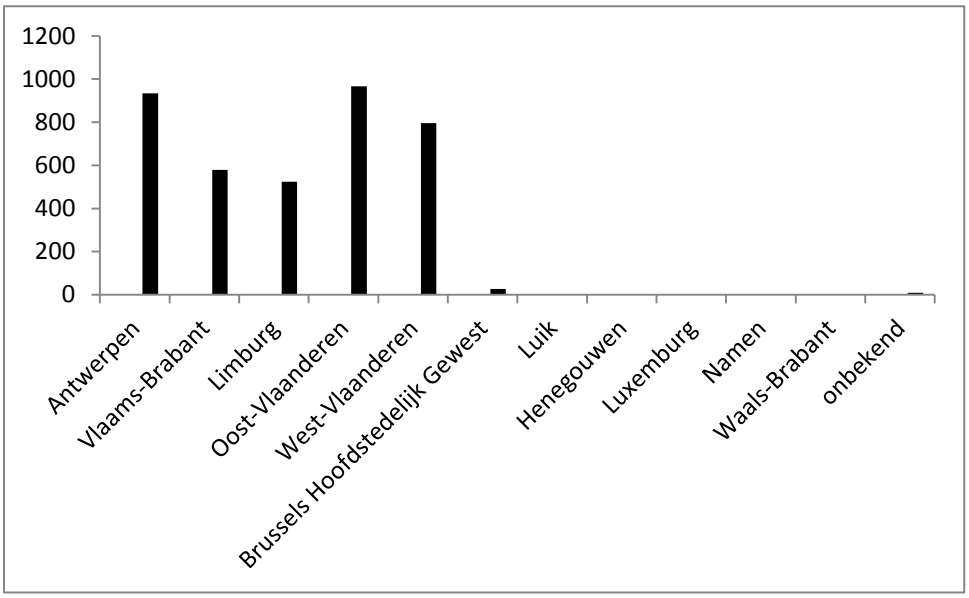
a) <u>Verdeling naar provincie</u>

Uit een verdeling per provincie blijkt dat het grootste gedeelte van deze leden hun correspondentie-adres hebben in de provincie **Oost-Vlaanderen** nl. 967 **(25.1%)** personen. Het aantal leden uit Antwerpen bedraagt 934 (24.3%) personen en in Vlaams Brabant bedraagt dit aantal 579 (15.0%) personen. Axxon telt in Limburg 524 (13.6%) leden, in West-Vlaanderen zijn dit 795 (20.7%) leden en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn dit 27 (0.70%) leden. In het Franstalige gedeelte van België zijn er 4 (0.1%) Nederlandstalige leden met hun correspondentie adres in Luik, hetzelfde aantal geldt voor de provincies Henegouwen en Namen. Tenslotte tellen zij één Nederlands lid met in Waals-Brabant zijn/haar correspondentie-adres. Van 9 (0.2%) leden is de provincie code destijds niet bijgehouden in de database, waardoor hun bepaling per provincie niet mogelijk is.

Tabel 6: Ledenaantal Axxon per regio

	Aantal	%
Antwerpen	934	24,3
Vlaams-Brabant	579	15
Limburg	524	13,6
Oost-Vlaanderen	967	25,1
West-Vlaanderen	795	20,7
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	27	0,7
Luik	4	0,1
Henegouwen	4	0,1
Luxemburg	0	0
Namen	4	0,1
Waals-Brabant	1	0
onbekend	9	0,2

Grafiek 6: Ledenaantal Axxon per regio



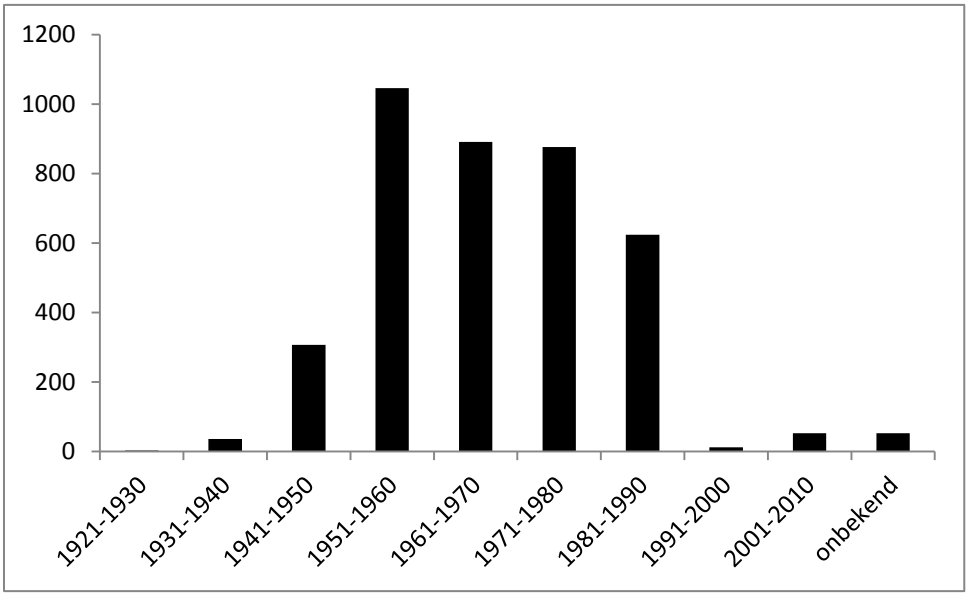
b) <u>Verdeling naar geboortejaar</u>

Een verdeling van het ledenaantal per geboortejaar levert volgende resultaten op: Axxon telt 3 (0.1%) leden geboren tussen 1921-1930, 36 (1.0%) leden geboren tussen 1931-1940, 307 (8.0%) leden geboren tussen 1941-1950, 1046 **(27.2%)** leden **geboren tussen 1951-1960**, 891 (23.2%) leden geboren tussen 1961-1970, 876 (22.8%) leden geboren tussen 1971-1980, 624 (16.2%) leden geboren tussen 1981-1990 en 12 (0.3%) leden geboren tussen 1991-2000. Van 53 (1.4%) leden beschikken wij niet over de geboortedatum

Tabel 7: Ledenaantal Axxon per geboortejaar

	Aantal	%
1921-1930	3	0,1
1931-1940	36	1
1941-1950	307	8
1951-1960	1046	27,2
1961-1970	891	23,2
1971-1980	876	22,8
1981-1990	624	16,2
1991-2000	12	0,3
2001-2010	53	0,3
onbekend	53	1,4

Grafiek 7: Ledenaantal Axxon per geboortejaar



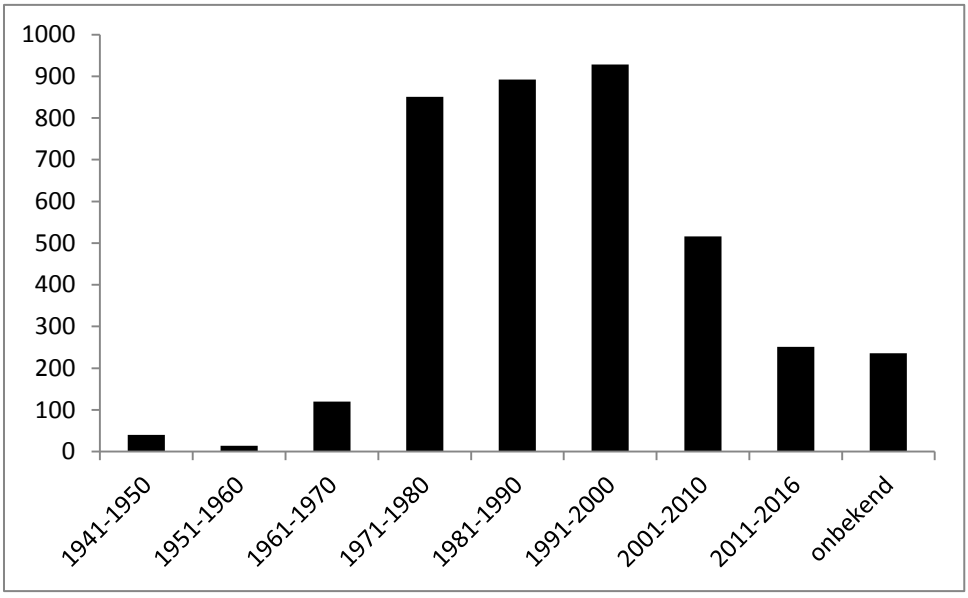
c) <u>Verdeling naar jaar van afstuderen</u>

Een verdeling van het ledenaantal naar jaar van afstuderen levert volgende resultaten op: Axxon telt 40 (1.0%) leden afgestudeerd tussen 1941-1950, 14 (0.4%) leden afgestudeerd tussen 1951-1960, 120 (3.1%) leden afgestudeerd tussen 1961-1970, 851 (22.1%) leden afgestudeerd tussen 1971-1980, 892 (23.2%) leden afgestudeerd tussen 1981-1990, 928 **(24.1%)** leden **afgestudeerd tussen 1991-2000**, 516 (13.4%) leden afgestudeerd tussen 2001-2010 en 251 (6.5%) leden afgestudeerd tussen 2011-2016. Van 236 (6.1%) leden beschikken wij niet over het jaar van afstuderen.

Tabel 8: Ledenaantal Axxon per jaar van afstuderen

	Aantal	%
1941-1950	40	1
1951-1960	14	0,4
1961-1970	120	3,1
1971-1980	851	22,1
1981-1990	892	23,2
1991-2000	928	24,1
2001-2010	516	13,4
2011-2016	251	6,5
onbekend	236	6,1

Grafiek 8: Ledenaantal Axxon per jaar van afstuderen



IV. Voorbeeldsjabloon

Rekening houdend met bovenstaande foutenlast en de wettelijke criteria waaraan een kinesitherapie voorschrift moet voldoen kwamen wij tot volgend voorbeeld sjabloon:

Naam en voornaam patiënt:
Datum:
Diagnose + lokalisatie:
Aantal:
Identificatie + handtekening arts:
Indien van toepassing in te vullen Aard van de behandeling: Frequentie van de behandeling: 0 Patiënt kan de woonst om medische of sociale redenen niet verlaten 0 Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek gewenst 0 2de zitting per dag wordt noodzakelijk geacht 0 Aanvangsdatum behandeling anders dan datum voorschrift, nl … 0 Noodzaak voor zittingen met persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut van 45 of 60 minuten 0 Nomenclatuurnummer en datum van de chirurgische ingreep, nl …

BESPREKING

De doelstelling van deze masterproef was om specifiek het kinesitherapie voorschrift onder de loep te nemen. Er werd nagegaan wat de strikte voorwaarden zijn waaraan een kinesitherapie voorschrift, wettelijk gezien, moet voldoen. Hierbij hebben wij ons gebaseerd op de criteria zoals opgesteld door het riziv.[13] Er werd nagegaan hoe het met de kennis van de huisarts

omtrent de opstelling van een kinesitherapie voorschrift gesteld is en er werd nagegaan wat de meest voorkomende fouten zijn bij het opstellen van een kinesitherapie voorschrift. We durven spreken van een relevante doelstelling, aangezien de geschreven vorm van communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten de meest toegepaste vorm blijkt.[3-4]

De literatuurgegevens, waarbij zowel gekeken werd naar het kinesitherapie voorschrift met de wettelijke vereisten enerzijds als algemene kwaliteitscriteria voor geschreven informatie overdracht anderzijds, leveren een duidelijk beeld op over ons onderwerp. Domus Medica beschikt over een LOK-pakket, waarbij getracht wordt de communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten te verbeteren. Hierbij worden eveneens de elementen die een kinesitherapie voorschrift moet bevatten overlopen.[1] Wij konden vaststellen dat er tot op heden twee licenciaatsverhandelingen werden gemaakt m.b.t. het kinesitherpie voorschrift waarbij gekeken werd of er voldaan werd aan de wettelijke normen.[5-6] Bovendien werd dit aspect reeds eerder als deelaspect en kleinschaliger onderzocht in een masterproef.[4] Betreffende het kinesitherapie voorschrift kunnen wij vaststellen dat kinesitherapeuten de diagnose, relevante medische problemen en het verwachte behandeldoel als essentiële informatie beschouwen.[2-3-4] Ondanks dit werd volgens de kinesitherapeut de diagnose vaak niet vermeld of niet voldoende specifiek omschreven.[2,4] Uit literatuurgegevens naar de volledigheid van kinesitherapie voorschriften blijkt dat eerdere analyse van 266 voorschriften naar volledigheid, resulteerde in 92.1% volledig ingevulde exemplaren. 95.1% werden als leesbaar beschouwd. In 10.2% ontbrak de diagnose of was ze onleesbaar.[4] Ander onderzoek waarbij kinesitherapie voorschriften gecontroleerd werden op hun conformiteit met de wetgeving leerde ons dat meer dan 80% één of meerdere fouten bevatte.[5-6] Ondanks het bestaan van specifieke kinesitherapievoorschrift formulieren, werd in bijna 60% van de gevallen toch gebruik gemaakt van aspecifieke voorschriftformulieren.[5] Een opmerkelijke vaststelling na onze literatuurstudie is het feit dat we maar heel weinig bronnen als relevante informatie konden weerhouden. Ons inziens is dit te verklaren doordat wij onze onderzoeksvraag zeer specifiek hebben opgesteld en ons tijdens de zoektocht steeds bewust zijn gebleven van onze initiële vraagstelling, namelijk de foutencontrole naar wettelijke normen waaraan het kinesitherapie voorschrift moet voldoen. Zoals eerder in deze masterproef weergegeven worden deze wettelijke vereisten op nationaal niveau bepaald. In België is het kinesitherapie voorschrift wettelijk gezien een vereiste indien een patiënt een kinesitherapeutische behandeling wenst, met recht op terugbetaling door het ziekenfonds.[13] Ondanks de verschillen in vereisten tussen België en het buitenland moeten we eveneens vaststellen dat we geen buitenlandse

literatuurgegevens konden weerhouden waarbij aan onze onderzoeksvraag werd beantwoordt. Bijkomend kunnen wij vaststellen dat een verwijsbriefsjabloon een kwaliteitsverbetering teweegbrengt, dat getypte verwijsbrieven van hogere kwaliteit zijn (omdat het probleem van onleesbare verwijsbrieven al meteen wordt opgelost) en dat het merendeel van de huisartsen een sjabloon als positief ervaart.[10-11-12]

Ons eigen onderzoek, waarbij de kennis van de huisartsen omtrent het kinesitherapie voorschrift nader onderzocht werd, resulteerde in 40 deelnemende huisartsen. Hierbij moeten we benadrukken dat het gaat over een beperkt aantal respondenten, een te klein aantal om onze resultaten door te trekken naar Vlaanderen dan wel België. Enkel de voorzitters van de Limburgse huisartsenkringen werden telefonisch gecontacteerd waardoor er sprake is van selection bias. We kregen de bevestiging van alle zeventien voorzitters dat ze onze informatie via e-mail zouden bezorgen aan alle leden van hun huisartsenkring. Het gaat hier over een mondelinge bevestiging waarbij er door ons niet gecontroleerd werd of daadwerkelijk alle 813 Limburgse huisartsen onze informatie hadden bekomen.[14] We kunnen niet met 100% zekerheid bevestigen dat alle voorzitters onze informatie naar hun leden verstuurden dan wel of onze informatie werkelijk 813 huisartsen heeft bereikt. Mogelijk ligt hier al een verklaring waardoor er slecht 40 huisartsen deelnamen aan ons onderzoek. Van meerdere huisartsenvoorzitters kreeg ik telefonisch de melding zij wekelijks meermaals gecontacteerd worden met de vraag informatie voor deelname aan onderzoek (op allerlei niveau) over te maken aan hun leden. Omdat zij overstelpt worden met vragen voor deelname aan onderzoek werd meermaals hun bezorgdheid omtrent een minimaal aantal respondenten aan mij kenbaar gemaakt alsook hun vraag of er geen andere manier was om de huisartsen te bereiken. De kennis van onze respondenten m.b.t. de wettelijk verplichte elementen scoort hoog. Voor de elementen identificatie van de patiënt, identificatie van de voorschrijver, datum van het voorschrift, handtekening van de voorschrijver en diagnose werd een respons van 100% gescoord. De overige verplichte elementen, het maximum aantal zittingen en de anatomische lokalisatie van het letsel indien dit niet uit de diagnose blijkt werden in 92.5% resp. 85% van de huisartsen als verplicht aangegeven.

Een peiling naar andere oorzaken van foutief/onvolledig ingevulde kinesitherapie voorschriften werd slechts door 45% van onze respondenten ingevuld. We moeten benadrukken dat we hierdoor slechts over de mening van 18 huisartsen beschikken. Hiervan waren er 12.5% die vonden dat er geen andere obstakels waren, buiten het gebrek aan kennis, waardoor kinesitherapie voorschriften foutief/onvolledig werden ingevuld. Het gebrek aan

kennis over de mogelijke therapeutische behandelingen werd in 7.5% van onze respondenten als obstakel aangegeven. Dit werd reeds eerder als obstakel ervaren in de masterpoef van Dr. Charlier.[4] Door 5% van onze respondenten werd de grote diversiteit tussen de kinesitherapeuten zelf als obstakel aangegeven. Hierdoor weet de huisarts niet altijd wie welke behandeling nu wel/niet kan toepassen. Dit obstakel kan ons inziens opgelost worden door een kort telefonisch contact tussen beide beroepsgroepen. Een ander obstakel dat in 5% werd geopperd was de onduidelijkheid tussen E-en F-pathologie. Deze lijsten zijn terug te vinden op de website van het riziv alsook in het LOK-pakket van Domus Medica zijn de differentiaties terug te vinden.[1] Onduidelijke communicatie van de specialist naar de huisarts werd in 5% van de gevallen als obstakel ervaren. Als voorbeeld hiervan werd door een huisarts aangegeven dat de nomenclatuurnummer van de operatie niet altijd gekend is door de huisarts waardoor dit ook niet op het voorschrift vermeld kan worden. Door een kort telefonisch contact met de specialist dan wel met de mutualtiteit van de patiënt kan dit aangepakt worden. In 5% van de gevallen werd als oorzakelijke factor van foutief/onvolledige voorschriften aangegeven dat de aard en de frequentie beter door de kinesitherapeut bepaald kunnen worden. Wij kunnen dit gegeven niet als foutief obstakel weerhouden aangezien dit element door het riziv als "eventueel te vermelden" wordt aangegeven. Tijdsgebrek en slordigheid, hetgeen in 2.5% van de gevallen als obstakel werd aangegeven, kunnen we trachten aan te pakken door het voorschrift te digitaliseren waardoor de factor 'onleesbaarheid' teniet wordt gedaan. Het gebruik van sjablonen zorgt er eveneens voor dat de voorschriften volledig worden ingevuld zonder dat de huisarts moet nadenken over al dan niet 'verplichte elementen'.

Een analyse van de foutief/onvolledig ingevulde voorschriften leverde een respons op van 250 exemplaren. Uit navraag bij de ondervoorzitter van Axxon blijkt dat het aantal foutieve voorschriften schommelt tussen de 2 à 6%. Uit de analyse van Dr. Charlier blijkt dat 7.9% van de geanalyseerde voorschriften foutief/onvolledig ingevuld waren.[4] Het aantal foutieve voorschriften is in werkelijkheid een veelvoud van het ingestuurde aantal. Van de 20 bestuurders van Axxon hebben er slechts 6 foutieve voorschriften ingestuurd, hetgeen de onderschatting nogmaals benadrukt.[9]

Van de 250 ingezonden foutieve/onvolledige voorschriften, werden er 267 fouten vastgesteld. In meerdere gevallen bevatte één voorschrift meerdere fouten. Een vergelijking tussen de kennis van de huisarts ten aanzien van de verplichte elementen op een kinesitherapie voorschrift en de meest voorkomende fouten levert opmerkelijke resultaten op. Alle veertig (100%) deelnemende artsen van ons onderzoek gaven aan dat de datum, de diagnose, de

identificatie van de arts, de identificatie van de patiënt en de handtekening van de voorschrijver als verplicht element vermeld moet worden. Hieruit kunnen we concluderen dat de kennis van onze respondenten optimaal is betreffende deze variabelen. Toch moeten wij vaststellen dat het ontbreken van de datum 80 (29.9%) en het ontbreken van de diagnose 52 (19.4%) de meest voorkomende fouten zijn. Een verdere analyse van de verplichte elementen leert ons dat de identificatie van de arts 15 (5.6%), de identificatie van de patiënt 3 (1.1%)en de handtekening van de voorschrijver 1 (0.4%) niet vermeld werd, hoewel deze elementen ook door alle 40 (100%) deelnemende huisartsen als verplicht werden aangegeven. Het maximum aantal zittingen werd door 92.5% vaan de deelnemende huisartsen als verplicht aangegeven. Desondanks bevatten 7.1% van de ingezonden voorschriften deze fout.

Voor onze data collectie van foutief/onvolledig ingevulde kinesitherapie voorschriften hebben wij beroep gedaan op de Axxon leden. Hierbij moeten wij vermelden dat er in ons onderzoek dus sprake is van selection bias. Een analyse naar het ledenaantal per regio toont aan dat er een grote variatie optreedt tussen de regio's. Er werd in deze analyse uitgegaan van het correspondentie adres van de Axxon leden. Mogelijk werden hun werkzaamheden in een andere provincie uitgevoerd. Een verdeling naar werkplaats levert mogelijk een andere statistische uitkomst op. Helaas beschikken wij niet over deze gegevens.

Uit de analyse per provincie moeten we rekening houden met het feit dat er in de ene provincie mogelijk meer kinesitherapeuten waren die deelnamen aan ons project dan in de andere provincie. Mogelijk werden er dus in de provincie Antwerpen de meeste voorschriften ingezameld, terwijl er elders meer foutieve voorschriften circuleerden, die ons niet bereikten.

De verdeling van de Axxon leden naar geboortejaar toont aan dat het merendeel van de leden zich situeert in de leeftijdscategorie 53-62 jarigen, nl. 27.2% van het ledenaantal. Het betreft een leeftijdscategorie van ervaren kinesitherapeuten.

BESLUIT

Met deze masterproef zijn we erin geslaagd een duidelijk beeld te creëren betreffende de kennis van de huisarts ten aanzien van de wettelijk verplichte elementen op een kinesitherapie voorschrift. Als punt van kritiek moeten we hierbij vermelden dat het gaat over een beperkt (40) aantal respondenten welke niet ad random gekozen zijn. We zijn er eveneens in geslaagd een duidelijk overzicht weer te geven van de (meest) voorkomende fouten, gemaakt door artsen, op een kinesitherapie voorschrift. Als opmerkelijke besluitvorming moeten we aangeven dat de kennis van onze respondenten ten aanzien van de wettelijke vereisten hoog

scoort, maar desondanks worden er in de praktijk nog heel wat fouten hiertegen gemaakt. Het aanmaken van een standaardsjabloon voorschrift heeft een duidelijke meerwaarde, aangezien alle verplichte elementen reeds opgesomd staan. Het digitaliseren van het voorschrift levert de bijkomende meerwaarde dat de factor onleesbaarheid teniet wordt gedaan. Het ontworpen sjabloon kinesitherapie voorschrift wordt reeds in onze praktijk gebruikt. Wij durven stellen dat deze masterproef eveneens een praktijkverbeterend project was, aangezien het gebruik van ons sjabloon in de dagdagelijkse praktijk ervoor zorgt dat hierdoor geen onvolledige/foutieve kinesitherapie voorschriften meer worden afgeleverd. Ik hoop dan ook dat andere praktijken ons sjabloon eveneens als een meerwaarde ervaren en hiervan gebruik zullen maken zodat we in de toekomst het aantal foutieve/onvolledige kinesitherapie voorschriften maximaal kunnen reduceren.

Het kinesitherapie voorschrift elektronisch implementeren, hetgeen momenteel nog toekomstmuziek is, zou zeker bijdragen tot volledig ingevulde voorschriften conform de wetgeving. Het overzicht van de meest voorkomende fouten kan zeker meegenomen worden om ervoor te zorgen dat bij een elektronisch voorschrift deze reeds op voorhand worden opgevangen.

DANKWOORD

Dank aan mijn ouders voor de steun gedurende mijn hele opleiding. Ook veel dank aan mijn promotor Prof. Jo Goedhuys en co-promotor Dhr. Tim Németh voor de hulp en de vele tips bij het tot stand komen van deze masterproef. Dank aan mijn praktijkopleider, Dr. Erik Schraepen, voor de begeleiding tijdens mijn Haio jaren

BRONVERMELDING

1. Vermeyen B., Vermoesen D. Het kinesitherapievoorschrift. Antwerpen: Domus Medica vzw-WVVK vzw, 2003, herziene versie 2013 (Handleidingen voor kwaliteitsbevordering; 9) Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/groepen/handleidingenlok/1484-het-kinesitherapie-voorschrift-module-2-communicatie-arts-kinesitherapeut.html. Geraadpleegd 2013 januari 12.
2. Hulme JB., Bach B., Lewis W.: Communication between physicians and physical therapists. Physical Therapy; 1988: Vol 68: 26-31.
3. Scaffardi RA.:Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. Journal of the Royal College of General Practitioners; September 1989: 39: 375-376.
4. Charlier K., Aertgeerts B.: De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. [Proefschrift]. Katholieke Universiteit Leuven, 2010.
5. Bergen K van., Stappaerts K.: De relatie arts-kinesitherapeut. [Proefschrift]. Katholieke Universiteit Leuven, 1998.
6. Dereere T., Stappaerts K.: De verwijzing van de arts naar de kinesitherapeut. [Proefschrift]. Katholieke Universiteit Leuven, 2004.
7. Vrije Universiteit Brussel: Info over Onderzoek. Internet site Vrije Universiteit Brussel 2008. Beschikbaar via: http://www.vub.ac.be/infoover/onderzoek/. Geraadpleegd 2012 oktober 10.
8. Vrije Universiteit Brussel: Lichamelijke opvoeding en kinesitherapie: onderzoeksgroepen. Internet site Vrije Universiteit Brussel 2004. Beschikbaar via: http://www.vub.ac.be/LK/index.php?option=com_content&taak=view&id=38&Itemid=95. Geraadpleegd 2012 oktober 15.
9. AXXON, physical therapy in Belgium. Internet site AXXON 2013. Beschikbaar via: http://www.axxon.be/index.php?page=content&menu=241&submenu=233&submenu2=306. Geraadpleegd 2013 januari 5.
10. Amant T., Kartounian H.: Goed verwijzen: geen sisyfusarbeid. Het verwijsdocument als kwaliteitsverbeterende factor in het zorgproces. [Proefschrift]. Vrije Universiteit Brussel, 2008.
11. Lybaert B., Derese A., Bussche P. Vanden. Optimalisatie van de verwijsbrief: Onderzoek naar barrières en evaluatie van oplossingsgerichte strategieën in de huisartsenpraktijk. [Proefschrift]. Universiteit Antwerpen, 2009.
12. Rijckaert L., Deveugele M., Declercq T. Samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: Het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief. [Proefschrift]. Universiteit Gent, 2012.
13. RIZIV: derde deel Het Voorschrift. Internet site RIZIV 2013. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/infobox/specialist/pdf/part3.pdf. Geraadpleegd 2013 januari 12.
14. Limburgs Huisartsenplatform vzw. Internet site LHP 2011. Beschikbaar via: http://www.lhp.be/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=27. Geraadpleegd 2013 januari 30.

BIJLAGE 1: Online verstuurde vragenlijst

1. Gelieve aan te vinken welke van onderstaande elementen, naar uw mening, een kinesitherapie voorschrift **VERPLICHT** moet bevatten

□ Naam en voornaam van de patiënt

□ Adres van de patiënt

□ Naam, voornaam en RIZIV-nummer van de voorschrijver

□ Datum van het voorschrift

□ Handtekening van de voorschrijver

□ Het maximum aantal zittingen

□ De diagnose van de te behandelen aandoening

□ De anatomische lokalisatie van de letsels indien dit niet uit de diagnose blijkt

□ Het nomenclatuurnummer en de datum van de chirurgische ingreep voor de acute pathologische situaties

□ De motivering van een 2de zitting per dag, indien u dit noodzakelijk acht.

□ De aard van de kinesitherapie behandeling

□ De frequentie van de kinesitherapie behandeling

□ Het voorschrift van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, indien u dit wenst

□ Een aanvangsdatum van de behandeling, indien anders dan vanaf datum voorschrift

□ De vermelding "dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten" indien de verstrekkingen bij de patiënt thuis moeten worden verleend

□ De noodzaak voor zittingen met persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut van minimum 45 min of 60 minuten.

1. Zijn er naar uw mening nog andere obstakels, buiten het gebrek aan kennis, waardoor een kinesitherapie voorschrift foutief/onvolledig wordt ingevuld door de arts? Zo ja, welke?

Gelieve de ingevulde vragenlijst te verzenden naar **katrijn_wouters@hotmail.com**

Hartelijk dank voor uw medewerking.