Hoe wordt de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten ervaren en op welke manier kan deze verbeterd worden om zo de patiëntenzorg te bevorderen?

Last Matthias, UGent
Van Durme Roy, UGent
Lycke Andreas, UGent

Promotor: Vanden Bossche Luc, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022-2025

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

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

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave **3**

Lijst van tabellen **5**

Lijst van grafieken **5**

Voorwoord **6**

Abstract **7**

1 Inleiding **8**

1.1 Situering *8*

1.2 Motivatie *8*

1.3 Onderzoeksvraag *9*

1.4 Huisartsgeneeskunde versus kinesitherapie *9*

1.5 Kinesitherapeutisch voorschrift *10*

2 Literatuurstudie **11**

2.1 Methode literatuurstudie *11*

2.2 Overzicht resultaten literatuurstudie *12*

2.3 Literatuurstudie *13*

2.3.1 Algemeen 13

2.3.2 Belang samenwerking 13

2.3.3 Moeilijkheden in samenwerking 14

2.3.4 Initiatieven ter verbetering samenwerking 16

2.3.5 Conclusie 17

3 Methodologie **18**

3.1 Studiedesign *18*

3.2 Setting & studiecohorte *18*

3.3 Rekrutering en gegevensverzameling *18*

3.4 Statistische analyse *18*

4 Resultaten **19**

4.1 Demografische gegevens 19
4.1.1 Continue variabelen 19
4.1.2 Categorische variabelen 19
4.2 Ervaringen omtrent samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten 21
4.2.1 Visie op de samenwerking in de praktijk 21
4.2.2 Communicatiemiddelen op heden 22
4.3 Verwachtingen en taakverdeling 22
4.3.1 Huisarts versus kinesitherapeut 22
4.3.2 Discrepanties in de praktijk 23
4.3.3 Taakverdeling 24
4.4 Mogelijkheden tot verbetering 26
4.4.1 Visie huisartsen en kinesitherapeuten 26
4.4.2 Universeel sjabloon 28
5 Discussie 33
5.1 Ervaringen omtrent samenwerking 33
5.2 Verwachtingen en taakverdeling 33
5.3 Verbeterpunten en universeel sjabloon 34
5.3.1 Verwijsbrief huisarts 35
5.3.2 Kinesitherapeutisch verslag 36
5.4 Algemene conclusie 37
5.4.1 Onze visie 38
6 Referentielijst 39
7 Bijlagen 41

Lijst van tabellen

Tabel 1: Overzicht resultaten geraadpleegde literatuur
Tabel 2: Beschrijvende parameters continue variabelen
Tabel 3: Beschrijvende parameters categorische variabelen

Lijst van grafieken

Grafiek 1: Via welke manier wordt op heden gecommuniceerd
Grafiek 2: Taakverdeling volgens huisarts
Grafiek 3: Taakverdeling volgens kinesitherapeut
Grafiek 4: Communicatievoorkeur
Grafiek 5: Relevante elementen verwijsbrief huisarts naar kinesitherapeut volgens huisarts
Grafiek 6: Relevante elementen verwijsbrief huisarts naar kinesitherapeut volgens kinesitherapeut
Grafiek 7: Relevante elementen verwijsbrief kinesitherapeut naar huisarts volgens huisarts
Grafiek 8: Relevante elementen verwijsbrief kinesitherapeut naar huisarts volgens kinesitherapeut

Voorwoord

Deze masterproef is het sluitstuk van een intense en interessante onderzoeksperiode. Het kadert in het behalen van ons diploma Master of Medicine in de Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent. Dit onderzoek werd door ons gekozen om kennis te kunnen maken met alle facetten van het wetenschappelijk onderzoek: van het opbouwen van een studieprotocol, aanvraag tot ethisch comité tot het verzamelen van resultaten en de verwerking hiervan. Het was een hele uitdaging waarbij het best mogelijke finaal resultaat werd nagestreefd.

We wensen een woord van dank te richten tot een aantal personen, zonder hun medewerking zou deze masterproef niet mogelijk geweest zijn. Eerst en vooral onze promotor Prof. Dr. L. Vanden Bossche. We willen hem bedanken voor de medewerking en begeleiding tijdens dit onderzoek. Op elk moment konden we terugvallen op hem.

Vervolgens wensen we ook alle huisartsen en kinesitherapeuten die deelnamen aan ons onderzoek te bedanken. Zonder hun inspanningen om de vragenlijsten in te vullen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Daarom een oprechte dank aan alle deelnemers van deze studie.

Ten slotte wensen we elkaar, onze medestudenten, familie en vrienden te bedanken voor de vele morele steun die geboden werd. Hun talrijke motiverende woorden hebben deze masterproef mede mogelijk gemaakt.

Roy Van Durme, Matthias Last en Andreas Lycke
Gent, 15 december 2024

Abstract

Inleiding: Hoewel het belang van een goede samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut meermaals bewezen is, blijkt uit ervaringen en de literatuur dat er nog steeds tekortkomingen zijn in de praktische implementatie ervan. Wat opvalt is dat eerdere studies voornamelijk focussen op de soorten pathologie en klinische uitkomsten na een kinesitherapeutische behandeling. Over de verwachtingen en percepties van de samenwerking is er weinig evidentie voorhanden. Met dit kwalitatief onderzoek willen we achterhalen hoe de samenwerking op dit moment ervaren wordt in Vlaanderen en zoeken we methodes om deze interactie en samenwerking te verbeteren. Kortom, hopen we met deze thesis de pijnpunten in de samenwerking bloot te leggen en zullen we proberen de elementen van een gemeenschappelijk sjabloon uit te werken voor een optimale interdisciplinaire informatieoverdracht.

Methoden: In deze studie werden in totaal 15 huisartsen en 15 kinesitherapeuten verspreid over Oost- en West-Vlaanderen telefonisch gecontacteerd voor deelname aan dit onderzoek. Deze werden at random geselecteerd op basis van hun locatie nabij onze werkplaats of op aanraden van onze promotor Prof. Dr. Luc Vanden Bossche. Door middel van een zelf opgemaakte vragenlijst werd bij de deelnemers gepeild naar hun ervaringen in en visie op de onderlinge samenwerking. Na het verkrijgen van de gegevens werd een databestand aangemaakt in SPSS 29. Bij de verwerking van de gegevens werden alle zaken die konden leiden tot persoonsidentificatie verwijderd. De descriptieve statistiek werd geanalyseerd aan de hand van frequentietabellen en histogrammen.

Resultaten: In deze studie vulden 15 huisartsen en 15 kinesitherapeuten de enquête in. Over de huidige ervaringen omtrent samenwerking heerst over het algemeen wel een grote tevredenheid, maar toch worden enkele verbeterpunten aangebracht zoals communicatie en kennis over elkaars domein. Wat de wederzijdse verwachtingen betreft, blijken hierin wel belangrijke discrepanties voor te komen die kunnen zorgen voor frustraties. Qua taakverdeling valt op dat huisartsen nog steeds een centrale rol willen opnemen in de zorg en dat kinesitherapeuten meer neigen naar een gemeenschappelijke besluitvorming. Mogelijke verbeterpunten betreffen duidelijke, gestandaardiseerde en regelmatige communicatie, wederzijds respect tussen disciplines en digitalisering van de administratie en de uitwisseling van medische gegevens. De uitwerking van een universeel sjabloon wordt positief onthaald als het snel en makkelijk kan worden ingevuld.

Conclusie: Over het algemeen geldt er een grote tevredenheid over de onderlinge samenwerking, maar toch hebben we in dit onderzoek enkele pijnpunten kunnen aantonen die de praktische uitvoering bemoeilijken.

1 Inleiding

1.1 Situering

Wij zijn drie huisartsen-in-opleiding (HAIO) die tussen oktober 2022 en september 2025 werkzaam zijn in 6 verschillende huisartsenpraktijken verspreid over Oost- en West-Vlaanderen. In het kader van onze opleiding tot huisarts dienen wij een masterthesis uit te werken. Vanuit een gedeelde interesse in het locomotorisch stelsel, gingen wij op zoek naar een thesisonderwerp binnen dit vakgebied. Tijdens onze eerste maanden in de huisartsenpraktijk botsten wij op een aanzienlijk tekort aan communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Deze vaststelling wordt gestaafd door de literatuur, waaruit blijkt dat de interdisciplinaire samenwerking tussen beide zorgberoepen vaak stroef verloopt. (1-6)

Uit cijfermateriaal blijkt dat ongeveer 30% van de aanmeldingsklachten in de huisartsgeneeskunde van musculoskeletale aard is. (7) Deze klachten vereisen vaak een meer actieve behandelingsstrategie, waarin kinesitherapeutische behandelingsvormen een cruciale rol vervullen. De doorverwijzing door een huisarts gebeurt doorgaans met een kinesitherapeutisch voorschrift, waarover later meer. Een voorschrift bevat al te vaak zeer summiere informatie, terwijl dit doorgaans de enige vorm van communicatie betreft tussen beide zorgverleners. Wij pleiten voor het optimaliseren van deze informatieoverdracht. Locomotorische problemen zijn de *core business* van de kinesitherapeut, die door zijn vijf jaar durende masteropleiding een hoogopgeleide expert is binnen dit vakgebied. Bovendien streeft de kinesitherapeutische sector naar meer autonomie en verantwoordelijkheid. (4)

Inzetten op het verbeteren van de informatieoverdracht door de huisarts zal de communicatie in beide richtingen verbeteren. Naar onze mening kan dit de kwaliteit en continuïteit van zorg voor de patiënt alleen maar ten goede komen.

1.2 Motivatie

Er zijn verschillende redenen waarom we voor dit onderwerp hebben gekozen. Wanneer wij ons oor te luister leggen bij bevriende kinesitherapeuten, merken wij tal van frustraties omtrent de samenwerking met huisartsen. Vooral de voorschriften blijken een bron van misverstanden en frustraties, gaande van onvolledige diagnoses tot onduidelijke therapievoorstellen en beperkte leesbaarheid van de voorschriften. Collega-huisartsen geven aan dat ze terugkoppeling missen op het einde van de behandeling. De literatuur bevestigt dat er heel wat onenigheid bestaat tussen beide beroepsgroepen wat betreft de gebrekkige communicatie en samenwerking. (1-6) Een goede communicatie is echter cruciaal om een optimale kwaliteit en continuïteit van zorg te garanderen.

Tijdens onze opleiding is de kinesitherapeutische sector slechts zeer beperkt aan bod gekomen. Wij vinden dat onze kennis hieromtrent fors tekortschiet. Dit is een fundamenteel probleem, aangezien huisarts en kinesitherapeut op frequente basis dienen samen te werken. Wij stellen ons hierbij enkele vragen. Zijn huisartsen voldoende op de hoogte wat betreft de behandelingsvormen en therapeutische mogelijkheden van een kinesitherapeut? Hebben huisartsen voldoende kennis over de voorwaarden voor een kwaliteitsvol voorschrift? Welke informatie missen kinesitherapeuten? Welke informatie wensen huisartsen te krijgen van kinesitherapeuten? Welke vormen van communicatie lijken interessant voor beide beroepsgroepen?

Zoals reeds vermeld hebben wij een specifieke interesse in het locomotorisch stelsel, getuige hiervan de opleiding sportgeneeskunde die wij momenteel volgen. Het is dan ook onze bedoeling om ons in de toekomst toe te spitsen op sportgerelateerde en locomotorische pathologie. Het is vanzelfsprekend dat wij op frequente basis beroep zullen doen op de behandeling en expertise van kinesitherapeuten in de buurt. Bijgevolg leek het ons interessant om met deze thesis contacten te leggen met kinesitherapeuten in de buurt. Enerzijds willen we op die manier onze kennis omtrent de therapeutische opties aanscherpen. Door in contact te komen met kinesitherapeuten willen we inzicht krijgen in de behandelingsvormen die allemaal beschikbaar zijn. Anderzijds lijkt het ons opportuun om een sociaal netwerk van kinesitherapeuten uit te werken, waarmee we op een constructieve manier kunnen communiceren en samenwerken, dit met het oog op de toekomstige samenwerking in de behandeling van onze patiënten.

1.3 Onderzoeksvraag

Door middel van een kwalitatief onderzoek trachten wij een antwoord te bieden op een tweeledige onderzoeksvraag. Enerzijds willen we achterhalen hoe de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten op dit moment ervaren wordt in de praktijk. Vervolgens zullen we op zoek gaan naar methodes om deze interactie en samenwerking te verbeteren. Kortom, hopen we met deze thesis de pijnpunten in de samenwerking bloot te leggen, en zullen we proberen de mogelijke elementen van een gemeenschappelijk sjabloon uit te werken voor een optimale interdisciplinaire informatieoverdracht.

1.4 Huisartsgeneeskunde versus kinesitherapie

Er is een zeker verschil in vakgebied tussen de huisartsgeneeskunde en de kinesitherapie. Zo zal een huisarts een patiënt vanuit een meer holistische visie benaderen, daar waar een kinesitherapeut veelal vanuit een locomotorische achtergrond gaat denken en handelen. Naargelang de onderliggende pathologie, hanteert een kinesitherapeut verschillende

combinaties van technieken, zoals pijnstillende technieken, oefentherapie, mobilisatie, oefeningen ter bevordering van evenwicht en coördinatie, gangreëducatie en conditionele training. Een kinesitherapeutische behandeling heeft als doel acute of chronische problemen van het locomotorisch stelsel te laten verdwijnen of zoveel mogelijk te herstellen. (8)

Op heden is er in België, behoudens enkele uitzonderlijke gevallen, nog geen rechtstreekse toegang tot kinesitherapie, i.e. zonder verwijzing door een arts. Een patiënt heeft nog steeds nood aan een kinesitherapeutisch voorschrift om recht te hebben op een terugbetaling door het ziekenfonds voor de behandeling. (8) Dergelijk voorschrift dient een patiënt dus te verkrijgen via een arts. Een huisarts blijkt in de praktijk doorgaans het eerste aanspreekpunt voor patiënten, waardoor een huisarts fungeert als voornaamste verwijzer voor kinesitherapeutische behandelingen. Dit onderstreept de nauwe band tussen huisartsgeneeskunde en kinesitherapie.

1.5 Kinesitherapeutisch voorschrift

Het kinesitherapeutisch voorschrift is, zoals hierboven reeds werd vermeld, een noodzakelijke voorwaarde om recht te hebben op terugbetaling van een deel van de behandeling door het ziekenfonds. Afhankelijk van de pathologie en de specifieke situatie van de patiënt, dient de patiënt zelf een deel van de honoraria te betalen, het zogenaamde remgeld. De remgelden liggen vanaf 1 februari 2024 bij geconventioneerde kinesitherapeuten tussen twee en zeven euro per sessie. (9)

Het voorschrift moet aan enkele wettelijke voorwaarden voldoen. Het moet opgesteld worden door een arts, eigenhandig of door middel van medische software, en bepaalde elementen moeten verplicht vermeld worden, namelijk de naam van de patiënt, de diagnose, de lokalisatie, het aantal beurten, de datum en identificatie van de arts. In theorie kan een onbeperkt aantal beurten vermeld staan op het voorschrift, maar afhankelijk van de pathologie staat er een limiet op het aantal sessies aan normale terugbetalingsvoorwaarden. Voor de meest courante aandoeningen bedraagt dit 18 beurten. (10)

In de praktijk blijkt dat het kinesitherapeutisch voorschrift vaak de enige vorm van communicatie betreft tussen huisarts en kinesitherapeut. Echter, op heden heeft dit voorschrift een weinig informatieve functie. Te vaak bevat het slechts zeer summiere informatie over klinische bevindingen, resultaten van technische onderzoeken en diagnose van de huisarts. (1-5) Desalniettemin is de doorverwijzing en het moment dat een patiënt zich presenteert bij een kinesitherapeut, hét moment bij uitstek voor informatieoverdracht. Naar onze mening is dit een gemiste kans en kan een kwaliteitsvol voorschrift een belangrijke vooruitgang betekenen in het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van de eerstelijnszorg.

2 Literatuurstudie

2.1 Methode literatuurstudie

Het eerste deel van ons onderzoek omvat een literatuurstudie waarin we trachten de reeds gekende inzichten omtrent de communicatie en kwaliteit van verwijzen tussen huisartsen en kinesitherapeuten in kaart te brengen.

Ondanks de uitgebreide pathologie in de huisartsenpraktijk die een verwijzing naar een kinesitherapeut vereist, is hier relatief weinig onderzoek naar verricht. Nochtans is de laatste jaren intensief geïnvesteerd in het verbeteren van de communicatie tussen alle actoren in de zorg door middel van E-Health. Dit bevordert uiteraard de veiligheid van informatieoverdracht. (3, 4)

Daarnaast staan nog een aantal projecten in de startblokken die een positieve invloed zouden moeten hebben op de communicatie en kwaliteit van het voorschrift. De digitalisering van het voorschrift zou voor zowel huisarts, kinesitherapeut als patiënt een heuse vooruitgang betekenen. Deze procedure wordt gecoördineerd door Recip-e, gelijkaardig aan het reeds gekende elektronisch voorschrijven van medicatie. (4)

Het zoeken naar relevante literatuur voor deze masterproef werd verricht via de sneeuwbalmethode, tot deze zoekmethode geen relevante nieuwe resultaten meer opleverde. Bij de sneeuwbalmethode wordt gestart bij een basisartikel waarna, aan de hand van de citatielijst, verdere relevante literatuur wordt geselecteerd. (11)

Bij het zoeken naar literatuur werd, volgens het principe van de watervalmetafoor, achtereenvolgens quaternaire, tertiaire, secundaire en primaire literatuur geraadpleegd. Tenslotte werd onderzoek gedaan naar de grijze literatuur. De inclusiecriteria die hierbij gehanteerd werden zijn: recente artikels (niet ouder dan 15 jaar) en artikels die focussen op de interactie tussen huisarts en kinesitherapeut. Als exclusiecriteria werden gehanteerd: artikels die focussen op communicatie tussen alle mogelijke zorgactoren, artikels waarvan de full text niet beschikbaar was en artikels geschreven in een andere taal dan Nederlands of Engels. De artikels werden gekozen op basis van subjectief gevoel bij het lezen van het abstract van de gevonden literatuur.

Voor de primaire bronnen werden de databases van PubMed, Embase en Google Scholar doorgenomen. De artikels werden gezocht op basis van volgende MeSH termen: ‘physical therapists’, ‘physiotherapists’, ‘interdisciplinary communication’, ‘collaborative practice’, ‘interprofessional practice’, ‘primary health care’, ‘family physician’, ‘physicians’, ‘primary care’ en ‘general practitioners’.

Vervolgens werden secundaire bronnen gezocht in The Cochrane Library en The Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Tertiaire bronnen zijn encyclopedieën en naslagwerken die zich baseren op secundaire bronnen. Om de tertiaire bronnen te identificeren werd Cebam geraadpleegd. Dit is een onafhankelijke organisatie die alle naslagwerken van universiteiten en instanties groepeert. Het doel van deze instantie is vooral het informeren van patiënten en zorgverleners.

Quaternaire bronnen bestaan uit richtlijnen over specifieke onderwerpen. Hierbij werden de meest recente Belgische en Nederlandse richtlijnen nagegaan. De richtlijnen van NHG, Domus Medica en Axxon werden geraadpleegd.

Ten slotte werd de grijze literatuur geraadpleegd, hiervoor werd de database van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding) gebruikt. Deze bevat masterproeven van huisartsen-in-opleiding. Hiervoor werden de volgende zoektermen gebruikt: 'kinesitherapeuten', 'kinesitherapeutisch voorschrift', 'communicatie huisarts en kinesitherapeut' en 'samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut'.

2.2 Overzicht resultaten literatuurstudie

Na het doorgronden van bovenvermelde bronnen, werden uiteindelijk 26 artikels weerhouden. De meeste artikels die relevant zijn voor deze masterproef werden gevonden in de grijze literatuur, meer bepaald in de database van het ICHO. Deze leverde 12 bruikbare artikels op. Uit de quaternaire bronnen werden 4 artikels weerhouden. De literatuurstudie van de tertiaire en secundaire bronnen leverde geen relevante artikels op. De primaire bronnen leverden een groot aantal interessante artikels op, waarvan er uiteindelijk 10 konden weerhouden worden voor deze masterproef.

Tabel 1: Overzicht resultaten geraadpleegde literatuur

Primair	PubMed	N >100	Inclusie N = 10
	Embase		
	Google Scholar		
Secundair	The Cochrane Library	N = 5	Inclusie N = 0
	PEDro	N = 15	Inclusie N = 0
Tertiair	Cebam	N = 0	Inclusie N = 0

Quaternair	NHG	N = 2	Inclusie N = 2
	Domus Medica/Axxon	N = 3	Inclusie N = 2
	Ebpracticenet	N = 0	Inclusie N = 0
Grijze literatuur		N = 15	Inclusie N = 12
			Totaal Inclusie N = 26

2.3 Literatuurstudie

2.3.1 Algemeen

In dit overzicht wordt geprobeerd om een samenvattende beschrijving te geven van de reeds bestaande literatuur over het onderwerp van deze thesis. Wat opvalt is dat eerdere studies voornamelijk focussen op de soorten pathologie die verwezen worden en de klinische uitkomsten na een kinesitherapeutische behandeling. Over de verwachtingen en percepties van de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut is er eigenlijk nog relatief weinig evidentie voorhanden. Dit laatste is nochtans een zeer belangrijk aspect binnen de eerstelijnszorg gezien musculoskeletale problemen een heel frequente aanmeldingsklacht vormen voor een bezoek aan de huisarts of spoedgevallendienst. Door de toenemende zorgvraag, onder andere door de vergrijzing van de bevolking, ontstaat er steeds meer druk op de eerstelijnszorgverleners waardoor ook de kwaliteit van zorg onder druk komt te staan. In de literatuur is al meermaals aangetoond dat een goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de eerste lijn de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ten goede komt. Vandaar dat er ook aandacht moet uitgaan naar de onderlinge verwachtingen en percepties van samenwerking tussen onder meer huisartsen en kinesitherapeuten. (13, 21)

2.3.2 Belang samenwerking

Zoals reeds aangehaald is een goede samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten van cruciaal belang voor de uiteindelijke gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Dit komt in bijna elke studie over dit thema als conclusie naar voor. Een goede samenwerking heeft zowel voordelen voor de patiënt, als voor de betrokken zorgverleners en de maatschappij. Wat de patiënt betreft, zorgt dit voor een hogere tevredenheid, meer vertrouwen in het zorgpersoneel, meer realistische verwachtingen over de uitkomst van therapie, kortere wachttijden voor een behandeling en een verhoogde *quality of life*, inspanningstolerantie en gezondheidstoestand.

Voor de individuele zorgverleners zorgt een goede samenwerking voor een verlaging van de werkdruk, betere begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen, minder nutteloze verwijzingen naar tweede lijn en het herkennen van wederzijdse zwaktes en sterktes. Maatschappelijk zorgt dit voor een betere kosteneffectiviteit, onder meer door het vermijden van onnodig aanvullend onderzoek. (13, 22)

2.3.3 Moeilijkheden in samenwerking

Ondanks dat wetenschappelijk onderzoek het belang van goede samenwerking reeds meermaals aantoonde en dit ook door zorgverleners in de eerste lijn erkend wordt, blijkt het nog steeds moeilijk te zijn om dit effectief in de praktijk te implementeren. Factoren die een goede samenwerking vaak in de weg staan betreffen: tijdsgebrek en hoge werkdruk bij beide groepen, gebrek aan duidelijkheid over de rol en kennis van kinesitherapeuten, huisartsen die minder op de hoogte zijn van mogelijkheden binnen kinesitherapie, onnauwkeurige of gebrekkige verwijzingsmodaliteiten, onvoldoende financiering en beperkte beschikbaarheid van middelen. (25)

Een belangrijke factor in bovenstaande opsomming betreft de gebrekkige kennis van huisartsen over kinesitherapie. Uit studies blijkt dat huisartsen zeer frequent verwijzen naar de kinesitherapeut, zeker bij musculoskeletale problemen. Vaak is de huisarts echter onvoldoende op de hoogte van de verschillende behandelingsmodaliteiten die door kinesitherapeuten kunnen gebruikt worden, waardoor slechts een vage aanbeveling wordt gedaan op basis van de keuzes in het voorschriftsjabloon. Wanneer de huisarts niet op de hoogte is van de mogelijkheden van kinesitherapie, werkt dit belemmerend op de onderlinge samenwerking en beperkt dit zelfs de therapeutische vrijheid van kinesitherapeuten. (3, 5, 26)

Naast bovenstaande belemmerende factoren is de onderlinge communicatie een aspect dat de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut echt significant beïnvloedt. Hoewel dit van cruciaal belang is, heerst er toch een reële ontevredenheid bij de zorgverleners over de onderlinge communicatie. Minder dan 20% van de zorgverleners vindt dat er voldoende gecommuniceerd wordt. Enkele frequente frustraties zijn de afwezigheid van een feedbackverslag van de kinesitherapeut na behandeling met een afwijkend beloop, onvoldoende informatie op het voorschrift van de arts, het geven van nutteloze informatie of een totaal gebrek aan communicatie. (2) Een verklaring zou kunnen zijn dat er op heden geen kader bestaat voor een correcte informatieoverdracht, waardoor beide partijen niet op de hoogte zijn van elkaars wensen. Hierdoor bestaat er een discrepantie tussen de informatie die men wenst en de informatie die men krijgt. Een tweede probleem is dat elke zorgverlener andere informatie verwacht in een verwijsbrief of verslag. Uit studies blijkt dat nationale richtlijnen hierdoor niet lijken te werken. Daarom worden richtlijnen over een kwalitatieve en

terechte verwijzing best opgesteld in overleg met lokale kinesitherapeuten waarmee je als arts samenwerkt.

Andere belangrijke hindernissen die een optimale communicatie in de weg staan, zijn het tijdrovende proces om verslagen of verwijzingen te maken, de hoge werkdruk, het gebrek aan vergoeding, een te hoge kostprijs, onvoldoende toegang of kennis van beveiligde elektronische communicatieprogramma's, een minderwaardigheidsgevoel bij kinesisten, schrik om de arts te storen, nalatigheid om voorschriften goed op te maken en een gebrek aan persoonlijk contact. (1, 2, 5, 12, 13)

Los van de persoonlijke voorkeuren, komen in de literatuur toch enkele beroepsspecifieke sleutelelementen naar voor die essentieel zijn in de onderlinge communicatie om kwalitatieve zorg te kunnen garanderen. Ten eerste zouden kinesitherapeuten bij een verwijzing door de huisarts graag objectieve parameters, zoals pijnscores en de initiële *range-of-motion*, ontvangen om op die manier een soort basis te hebben voor de start van de therapie. Door deze van in het begin te documenteren en te communiceren, wordt het voor beide partijen eenvoudiger om de evolutie van de patiënt op te volgen. Ten tweede verkiezen kinesitherapeuten dat huisartsen het probleem in een specifieke anatomische regio beschrijven, eerder dan het geven van een waarschijnlijkheidsdiagnose. Op die manier ontstaat er geen verwarring en wordt de relatie tussen beide zorgverleners niet onder druk gezet door onenigheid over de diagnose. Wanneer huisartsen geen diagnose vermelden, kunnen kinesitherapeuten zonder beïnvloeding een gericht klinisch onderzoek uitvoeren en een eigen idee vormen over de diagnose. Door discussies over de diagnostiek te vermijden, zal het vertrouwen van de patiënt in beide zorgverleners toenemen en krijgen ze geen onrealistische verwachtingen over hun herstel. Op dit punt kan nog veel vooruitgang geboekt worden gezien in de praktijk kinesitherapeuten in 90% van de gevallen enkel een dubieuze diagnose ontvangen van huisartsen zonder andere info. Ten derde willen kinesitherapeuten een verwachte termijn van significante verbetering in functioneren krijgen van huisartsen. Wanneer deze termijn wordt overschreden zonder significante verbetering, kan een andere therapeutische vorm of extra onderzoek aan de orde zijn. Als dit tijdskader op voorhand wordt besproken, zorgt dit voor een betere follow-up van het herstelproces en kunnen realistische doelen gesteld worden. Op die manier ontstaat een gestroomlijnd revalidatieproces zonder discrepanties in verwachtingen van arts, kinesitherapeut en patiënt. Als laatste zouden kinesitherapeuten graag zicht hebben op relevante voorgeschiedenis en psychosociale factoren die een invloed kunnen hebben op het herstel van patiënten. Het herstel na vorige blessures, de lengte van arbeidsongeschiktheid, de familiale omkadering, de passieve attitude over revalidatie, een eventuele slechte coping bij pijn, angst- en depressieve gevoelens zijn factoren die hier nuttig kunnen zijn. (18)

Huisartsen wensen op hun beurt graag een feedbackverslag te ontvangen van de kinesitherapeut tijdens of na afloop van hun behandeling. Dit verslag bevat bij voorkeur feedback over de verwijzing en diagnose, een samenvatting van de therapie die wordt toegepast en eventuele aanpassingen hieraan, de verwachte duur van behandeling, de behaalde resultaten en de compliance van de patiënt. Met dergelijke feedback kan de huisarts ervaring opbouwen en kunnen verwachtingen van kinesitherapie worden bijgesteld waardoor nutteloze verwijzingen kunnen vermeden worden. In de huidige praktijk blijken dergelijke verslagen nog eerder uitzondering dan regel. (12, 13, 18, 19, 20).

2.3.4 Initiatieven ter verbetering samenwerking

Huisartsen en kinesitherapeuten blijken voorstander te zijn van een kennismaking tussen beide partijen. Zij zijn beiden van mening dat dit de samenwerking en bijgevolg de zorg voor de patiënt ten goede kan komen. Een aanbeveling die hieruit geformuleerd kan worden is het creëren van contactmomenten, zoals een presentatie op LOK-vergaderingen. Aan nieuwe kinesitherapeuten wordt dan ook aangeraden om contact op te nemen met de LOK-verantwoordelijke van de huisartsenkring van de regio waarin zij zich vestigen. Tijdens dergelijke contactmomenten bestaat de mogelijkheid om de competenties en subspecialismen te identificeren en deze in de sociale kaart op te nemen. Op die manier is het mogelijk om per huisartsenkring een uniforme sociale kaart te bekomen, met als doel de patiënt met een musculoskeletale aandoening gerichter te kunnen verwijzen. (17)

Ook AXXON (beroepsvereniging kinesitherapeuten), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Huis voor Gezondheid hebben in 2019 een project opgestart om de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten aan te moedigen en te verbeteren. Samen ontwikkelden ze een ondersteuningspakket om dit te faciliteren. Het pakket bestaat uit diverse thema's die gebruiksklaar en onmiddellijk inzetbaar zijn om een overleg mee te organiseren en jaarlijks te structureren. (2, 14-17)

Een andere mogelijke strategie betreft het hervormen van de opleiding kinesitherapie en huisartsgeneeskunde met extra aandacht voor samenwerking met paramedici door bijvoorbeeld theoretische lessen, korte stages, navormingen of multidisciplinaire overlegmomenten. Er werd reeds aangetoond dat een gebrek aan voldoende kennis een goede communicatie in de weg staat. (5, 6, 21)

Tot slot is er in de toekomst nog veel winst te halen uit de ontwikkeling en het gebruik van een elektronisch informatiesysteem en het toepassen van technologische innovaties. Een elektronische verwijsbrief zal het eenvoudiger maken om de juiste informatie met de kinesitherapeut te delen. Meer informatieflow via de verwijsbrief naar de kinesitherapeut, via

een link tussen elektronische dossiers van de hulpverleners, kan de poort naar wederzijdse communicatie openen. Efficiënte communicatie zonder administratieve overlast zal beide partijen ten goede komen en de zorgkwaliteit verbeteren. Er is echter nog veel werk om zowel professionelen als patiënten te informeren rond E-Health. Men staat open voor het principe, maar kent de mogelijkheden nog onvoldoende. Het zal een uitdaging zijn om de hele populatie te laten kennismaken met de geheimen van E-Health en om hiervan een opportuniteit te maken die de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut naar een hoger niveau kan tillen. (4, 5, 23, 24)

2.3.5 Conclusie

Hoewel het belang van een goede samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut meermaals bewezen is en een optimale samenwerking de zorgkwaliteit ten goede komt, blijkt dit in de praktijk toch nog steeds problemen op te leveren. Onze literatuurstudie benadrukt het belang van samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten en onderzoekt verschillende aspecten van deze samenwerking. Hoewel het cruciaal is voor de gezondheidsuitkomsten van patiënten, blijkt uit de literatuur dat er nog steeds tekortkomingen zijn in de praktische implementatie ervan. Factoren zoals tijdsgebrek, gebrek aan duidelijkheid over de rol van kinesitherapeuten en communicatieproblemen worden geïdentificeerd als hindernissen. Een belangrijk aspect is het gebrek aan kennis bij huisartsen over kinesitherapie, wat de samenwerking belemmert en de therapeutische vrijheid van kinesitherapeuten beperkt. Ook blijkt de communicatie tussen beide partijen vaak onvoldoende te zijn, met weinig feedbackverslagen en gebrekkige informatieoverdracht. Initiatieven zoals kennismakingsmomenten tussen huisartsen en kinesitherapeuten worden voorgesteld om de samenwerking te verbeteren, evenals de ontwikkeling van elektronische systemen voor efficiëntere communicatie. Verbeteringen in opleidingen en het gebruik van technologische innovaties worden ook voorgesteld als mogelijke oplossingen om de samenwerking te optimaliseren. Om na te gaan wat de mening is van huisartsen en kinesitherapeuten in België hierover, hebben we besloten ons onderzoek hierop te richten. Ook zullen we trachten de moeilijkheden binnen deze samenwerking specifiek in België te situeren, om op termijn voor oplossingen te kunnen zorgen en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.

3 Methodologie

3.1 Studiedesign

In dit kwalitatief onderzoek werd ervoor gekozen om 15 huisartsen en 15 kinesitherapeuten een vragenlijst te laten invullen. De huisartsen en kinesitherapeuten kregen beiden een verschillende vragenlijst *(Appendix 3 en 4*). Vooraleer de vragenlijst ingevuld werd, werd een korte uitleg verschaft door de onderzoekers.

Deze studie met bijbehorend studieprotocol, vragenlijst en toestemmingsformulier (*Appendix 1, 3, 4 en 5) kreeg op* 19 november 2023 positief advies van het Ethisch Comité UZ Gent (*Appendix 2*).

3.2 Setting & studiecohorte

De deelnemende huisartsen en kinesitherapeuten werden door de onderzoekers telefonisch gecontacteerd. Deze werden at random geselecteerd op basis van hun locatie nabij onze werkplaats of op aanraden van onze promotor Prof. Dr. Luc Vanden Bossche. Er werd hen de vraag gesteld of ze bereid waren om de onderzoekers te ontvangen en de vragenlijst in te vullen en zodoende deel te nemen aan deze masterproefstudie. Als inclusiecriterium werd gehanteerd actief werkzaam zijn als huisarts of kinesitherapeut.

3.3 Rekrutering en gegevensverzameling

De rekrutering vatte aan op 30 januari 2024 en eindigde op 30 november 2024.

De vragenlijst die in deze studie gebruikt werd had als doel gegevens te verzamelen omtrent de doorverwijzing en communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Deze vragenlijst werd opgesteld door de onderzoekers (*Appendix 3 en 4*) op basis van hun ervaring vanuit de praktijk. De vragenlijst bestaat uit 4 grote onderdelen, met als eerste de praktijkwerking en demografische informatie. Vervolgens werd gepeild naar de ervaringen van de bevraagden omtrent samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Ook ging de aandacht naar de verwachtingen en taakverdeling en tenslotte werd ingegaan op de mogelijkheden tot verbetering om zo tot de aanzet van een universeel sjabloon te komen.

3.4 Statistische analyse

Er werd een databestand opgesteld in SPSS 29. Bij de verwerking van de gegevens werden alle zaken die konden leiden tot persoonsidentificatie verwijderd. De descriptieve statistiek werd geanalyseerd aan de hand van frequentietabellen en histogrammen.

4 Resultaten

In deze studie werden 15 huisartsen en 15 kinesitherapeuten bevraagd. Gezien het slechts 1 vragenlijst betrof waren er geen lost-to-follow up.

4.1 Demografische gegevens

4.1.1 Continue variabelen

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de beschrijvende continue variabelen. De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde huisartsen bedroeg 41 jaar. De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde kinesitherapeuten bedroeg 37 jaar. Wat het aantal jaren actief betreft, was dit gemiddeld 14 jaar bij de geïncludeerde huisartsen enerzijds en gemiddeld 13 jaar bij de geïncludeerde kinesitherapeuten anderzijds. Zie tabel 2.

Tabel 2: Beschrijvende parameters continue variabelen

		Gemiddelde	N	SD	Minimum	Maximum
Huisarts	**Leeftijd (j)**	41	15	12,9	29	67
	Aantal jaren actief (j)	14	15	13,3	1	41
Kinesitherapeut	**Leeftijd (j)**	37	15	13,3	24	67
	Aantal jaren actief (j)	13	15	13,6	1	43

4.1.2 Categorische variabelen

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de beschrijvende categorische variabelen. Bij de huisartsen waren er 6 mannelijke en 9 vrouwelijke deelnemers. 2 huisartsen hadden een solopraktijk, 8 waren werkzaam in een groepspraktijk en 5 in een multidisciplinaire praktijk. Verder was de patiëntenpopulatie bij 14 huisartsen gevarieerd en 1 huisarts werkte vooral met ouderen. Daarnaast waren 6 huisartsen werkzaam in West-Vlaanderen en 9 in Oost-Vlaanderen. Ten slotte werkten 9 huisartsen op het platteland en 6 in de stad. Zie tabel 3.

Bij de kinesitherapeuten waren er 12 mannelijke en 3 vrouwelijke deelnemers. 2 kinesitherapeuten hadden een solopraktijk, 8 zijn werkzaam in een groepspraktijk en 5 in een multidisciplinaire praktijk. Verder was de patiëntenpopulatie bij 11 kinesitherapeuten gevarieerd en bij 4 kinesitherapeuten bestond de populatie vooral uit sporters. Daarnaast waren 5 kinesitherapeuten werkzaam in West-Vlaanderen en 10 in Oost-Vlaanderen. Ten slotte werkten 11 kinesitherapeuten op het platteland en 4 in de stad. Zie tabel 3.

Tabel 3: Beschrijvende parameters categorische variabelen

	Variabelen	Categorieën	N (%)
Huisarts	**Geslacht**	Man	6 (40,0)
		Vrouw	9 (60,0)
	Soort praktijk	Solopraktijk	2 (13,3)
		Groepspraktijk	8 (53,3)
		Multidisciplinaire praktijk	5 (33,3)
	Soort patiëntenpopulatie	Gevarieerd	14 (93,3)
		Sporters	0 (0,0)
		Ouderen	1 (6,7)
	Provincie werkzaam	West-Vlaanderen	6 (40,0)
		Oost-Vlaanderen	9 (60,0)
		Antwerpen	0 (0,0)
		Limburg	0 (0,0)
		Vlaams-Brabant	0 (0,0)
	Regio	Platteland	9 (60,0)
		Stad	6 (40,0)
Kinesitherapeut	**Geslacht**	Man	12 (80,0)
		Vrouw	3 (20,0)
	Soort praktijk	Solopraktijk	2 (13,3)
		Groepspraktijk	8 (53,3)
		Multidisciplinaire praktijk	5 (33,3)
	Soort patiëntenpopulatie	Gevarieerd	11 (73,3)
		Sporters	4 (26,7)
		Ouderen	0 (0,0)
	Provincie werkzaam	West-Vlaanderen	5 (33,3)
		Oost-Vlaanderen	10 (66,7)
		Antwerpen	0 (0,0)
		Limburg	0 (0,0)
		Vlaams-Brabant	0 (0,0)
	Regio	Platteland	11 (73,3)
		Stad	4 (26,7)

4.2 Ervaringen omtrent samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten

4.2.1 Visie op de samenwerking in de praktijk

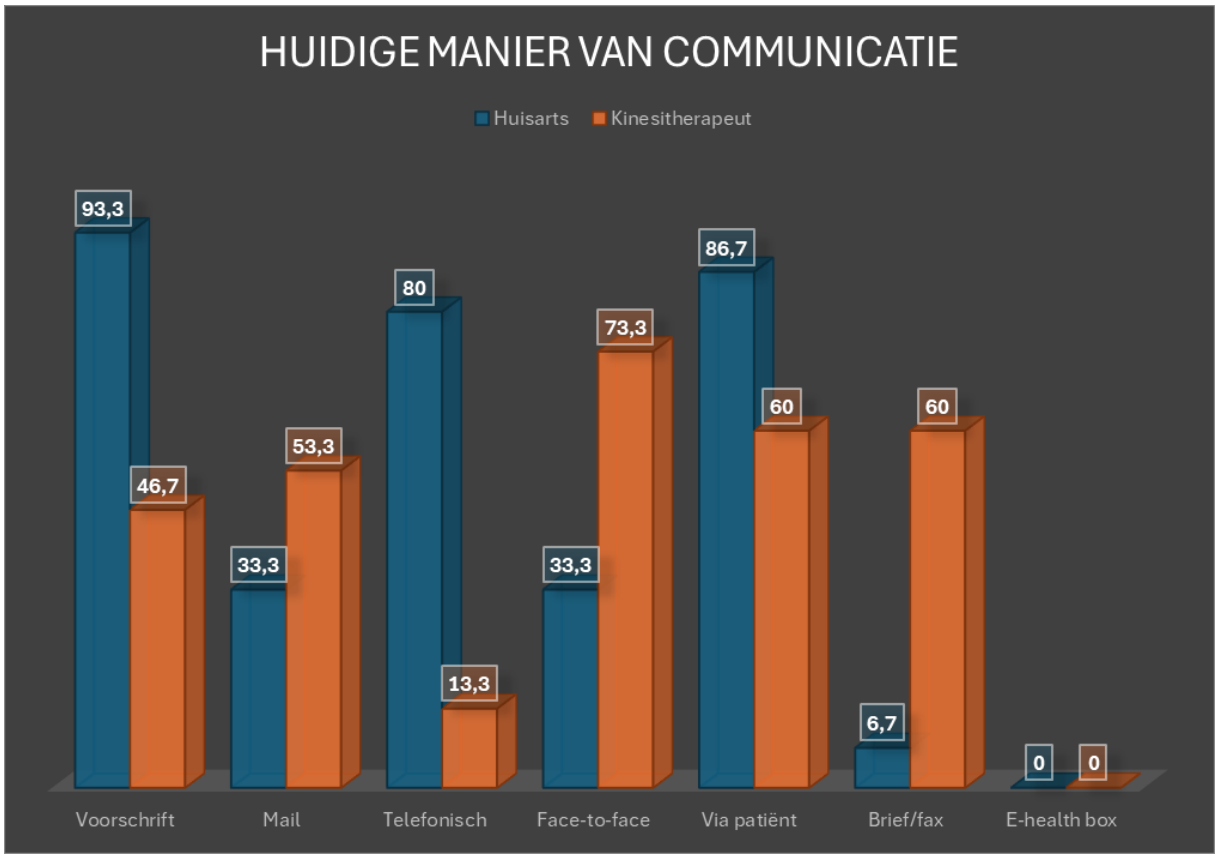
Het grootste deel van de huisartsen geeft aan tevreden te zijn over de samenwerking, vooral wanneer kinesitherapeuten makkelijk bereikbaar zijn en bereid zijn tot overleg. Huisartsen waarderen het als kinesitherapeuten duidelijke feedback geven over de voortgang van de behandeling en problemen met patiënten signaleren. Er is echter ook kritiek op de communicatie, die vaak via de patiënt verloopt, waardoor directe en efficiënte communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten moeilijker wordt. Verschillende huisartsen geven aan dat ze verslagen van de behandelingen missen, waardoor ze onvoldoende inzicht hebben in het revalidatieplan en de voortgang van de patiënt.

Ook kinesitherapeuten ervaren de samenwerking overwegend als positief, vooral als er wederzijds respect is voor elkaars werk en capaciteiten en wanneer huisartsen kinesitherapeuten de ruimte bieden voor een actieve rol in de behandeling van patiënten. Er komen echter ook belangrijke kritieken naar voor, zoals de beperkte communicatie, onvoldoende feedback en een gebrek aan gezamenlijk overleg over de voortgang van patiënten, vooral in complexe gevallen. De informatie op voorschriften wordt soms als onvoldoende ervaren. Zo geven kinesitherapeuten bijvoorbeeld aan dat ze vaak geen informatie hebben over medische beeldvorming of andere technische onderzoeken. Daarnaast geven kinesitherapeuten aan dat de kennis van huisartsen over het therapeutische arsenaal van kinesitherapeuten vaak beperkt is.

Beide beroepsgroepen geven dus nadrukkelijk aan dat de communicatie vaak zeer beperkt is. Huisartsen missen gedetailleerde verslagen van de kinesitherapeuten, terwijl kinesitherapeuten klagen over een gebrek aan informatie op voorschriften en over de vaak beperkte beschikbaarheid van de huisarts voor overleg. Verder wordt het gebrek aan systematische communicatie via moderne, beveiligde kanalen (zoals elektronische verslagen) genoemd als een verbeterpunt. Het implementeren van digitale platformen voor het delen van informatie, behandelplannen en resultaten wordt als mogelijke oplossing genoemd. Verder geven zowel huisartsen als kinesitherapeuten aan dat er meer structureel overleg nodig is, vooral bij patiënten met chronische en complexe problemen. Uit de antwoorden komt frequent naar voor dat het goed is om de huisartsen en kinesitherapeuten in de buurt te kennen, onderling een verstandhouding op te bouwen om op die manier vlotter en beter samen te werken.

4.2.2 Communicatiemiddelen op heden

In grafiek 1 wordt een overzicht gegeven van de manier waarop huisartsen en kinesitherapeuten op dit moment met elkaar communiceren. Bij de huisartsen geeft 93,3% aan het voorschrift te gebruiken als communicatiemiddel ten opzichte van 46,7% van de kinesitherapeuten. 33,3% van de huisartsen geeft aan te communiceren via mail, ten opzichte van 53,3% van de kinesitherapeuten. Wat betreft telefonisch overleg geeft 80% van de huisartsen aan dit te doen ten opzichte van 13,3% bij de kinesitherapeuten. Face-to-face communicatie gebeurt bij 33,3% van de huisartsen ten opzichte van 73,3% bij de kinesitherapeuten. Communicatie via de patiënt gebeurt frequent, met 86,7% van de huisartsen en 60% van de kinesitherapeuten. Communicatie via brief/fax wordt door 6,7% van de huisartsen gedaan, ten opzichte van 60% bij de kinesitherapeuten. Ten slotte geven zowel huisartsen als kinesitherapeuten aan op heden niet te communiceren via de E-health box.



Grafiek 1: Via welke manier wordt op heden gecommuniceerd

4.3 Verwachtingen en taakverdeling

4.3.1 Huisarts versus kinesitherapeut

Bij een samenwerking tussen twee verschillende partijen horen uiteraard ook wederzijdse verwachtingen. Wanneer we als eerste de verwachtingen van huisartsen ten aanzien van

kinesitherapeuten analyseren, blijkt het opstellen van een gepast en *evidence-based* revalidatieplan voor alle deelnemende huisartsen de taak te zijn van een kinesitherapeut. Ook mee nadenken over de mogelijke diagnose en bereikbaarheid voor overleg zijn twee belangrijke zaken die een huisarts verwacht van een kinesitherapeut. Wat de meeste huisartsen ook lijken te verwachten, is feedback van de kinesitherapeut tijdens/na behandeling van de patiënt. Zowel over de gestelde diagnose (correct?), de indicatie voor kinesitherapie, de evolutie en vooral de terugkoppeling bij een afwijkend beloop. Als laatste verwacht een deel van de deelnemende huisartsen dat de kinesitherapeut educatie geeft aan de patiënt inzake bewegingsuitvoering, thuisoefeningen en ergonomie.

Kinesitherapeuten verwachten van huisartsen voornamelijk een correct en leesbaar voorschrift met een duidelijke diagnose, met ruimte voor overleg bij twijfel of complexe casussen. Ze waarderen het als huisartsen openstaan voor feedback en vrijheid wordt gegeven voor therapiekeuze. Desalniettemin verwachten ze van de huisarts wel een zekere kennis over de verschillende behandelingsmogelijkheden. Kinesitherapeuten verwachten daarnaast ook dat de huisarts een centrale en coördinerende functie op zich neemt in de zorg voor hun patiënten. Hiermee wordt bedoeld dat de huisarts een biopsychosociale benadering hanteert en op het juiste moment de patiënt verwijst naar de kinesitherapeut (triage), aanvullende onderzoeken aanvraagt wanneer dit nodig is en eventueel verwijst naar specialisten bij twijfel over de diagnose of als de patiënt niet goed evolueert. Als laatste vinden kinesitherapeuten het ook enorm belangrijk dat de huisarts reeds op voorhand een begrijpelijke uitleg van het probleem/diagnose geeft aan de patiënt vooraleer deze bij de kinesitherapeut komt. Op die manier wordt vermeden dat patiënten zelf opzoekingswerk verrichten en met verkeerde verwachtingen starten met kinesitherapie.

4.3.2 Discrepanties in de praktijk

Hoewel beide partijen duidelijke verwachtingen hebben, blijken deze in de praktijk toch niet altijd ingevuld te worden. Artsen geven aan dat heel weinig kinesitherapeuten een feedbackverslag over de evolutie van hun patiënten doorsturen, hoewel dit een grote meerwaarde kan hebben en binnen de verwachtingen ligt. Bovendien blijken kinesitherapeuten ook niet altijd terug te koppelen naar de huisarts bij een afwijkend beloop van de patiënt, wat nochtans als essentieel wordt aangegeven door huisartsen. Ook lijkt er een misvatting te zijn bij kinesitherapeuten, die vaak denken dat ze een huisarts niet mogen/kunnen storen voor overleg tijdens de consultaties, terwijl de meeste huisartsen hier eigenlijk geen probleem mee hebben.

Anderzijds merken kinesitherapeuten op hun beurt dat huisartsen vaak te weinig tijd hebben voor overleg als dit gevraagd wordt. Dit zou nochtans in sommige gevallen heel nuttig kunnen

zijn gezien kinesitherapeuten niet altijd de volgens hen juiste diagnose ontvangen op het voorschrift en dit willen overleggen met de betrokken huisarts. Verder merken ze ook vaak op dat huisartsen te lang wachten met het vragen van aanvullend onderzoek (zoals een echografie), wat echter wel belangrijk is voor de diagnostiek en het bepalen van de therapie. Dit zorgt dan voor een onnodige vertraging van de zorg. Een laatste discrepantie die kinesitherapeuten af en toe ervaren is dat ze niet altijd de verwachte erkenning van expertise ervaren van huisartsen. Een specifiek voorbeeld hiervan betreft de beslissing omtrent *return-to-sport*. Vaak houden huisartsen de betrokken sporters nog tegen omwille van bevindingen op medische beeldvorming hoewel de kinesitherapeut ze op basis van klinische testing wel klaar heeft bevonden voor sporthervatting. Dit wordt als zeer frustrerend ervaren.

Ondanks bovenstaande discrepanties, blijkt toch dat het grootste deel van de deelnemers aan deze studie geen problemen ervaren met hun collega's. De samenwerking verloopt meestal vlot hoewel dit zeer individueel afhankelijk is.

4.3.3 Taakverdeling

Wat de concrete taakverdeling betreft, beschrijven beide beroepsgroepen grotendeels dezelfde zaken. Taken als het stellen van een diagnose op basis van klinisch onderzoek, het aanvragen van aanvullend onderzoek, de verwijzing naar specialisten of kinesitherapeuten, medicatievoorschriften en uitleg geven aan patiënten over hun diagnose en behandeling worden globaal toegeschreven aan huisartsen.

De kinesitherapeut neemt de verantwoordelijkheid voor het opstellen en uitvoeren van een specifiek revalidatieplan en probeert zich ook een beeld te vormen over de evolutie van de patiënt. Wanneer deze een afwijkend beloop waarneemt, heeft de kinesitherapeut de taak om de huisarts hierover op de hoogte te stellen zodat deze de gepaste verdere handelingen kan voorzien.

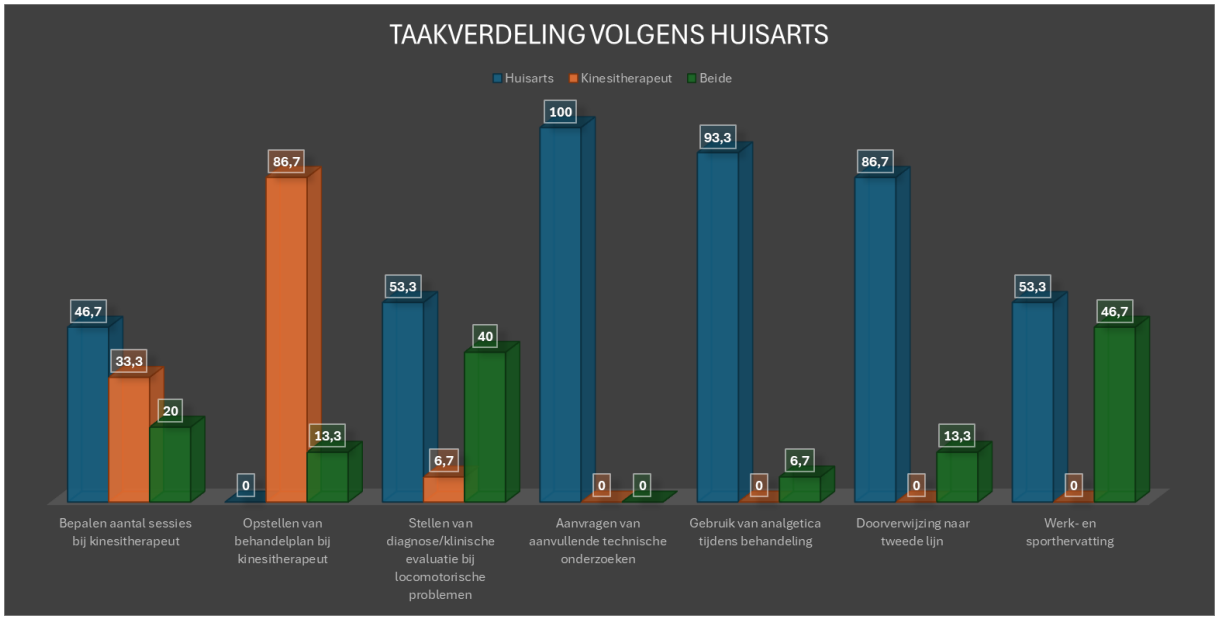
Één kinesitherapeut vat dit alles samen in volgende mooie quote: '*een open en evenwichtige samenwerking waarin men iets kan opsteken van elkaar en waar dialoog centraal staat'*.

In wat hieronder volgt, gaan we nog dieper in op de specifieke visie van elke beroepsgroep afzonderlijk wat betreft de onderlinge taakverdeling.

4.3.3.1 Visie huisarts

Wanneer we de visie van huisartsen bekijken (zie grafiek 2), dan valt op dat huisartsen volgende 3 taken het liefst in eigen beheer houden: aanvragen aanvullend onderzoek, gebruik en voorschrijven van analgetica, beslissing doorverwijzing naar tweede lijn. Het opstellen van een revalidatieplan zien huisartsen in dit onderzoek dan weer als een taak specifiek voor de

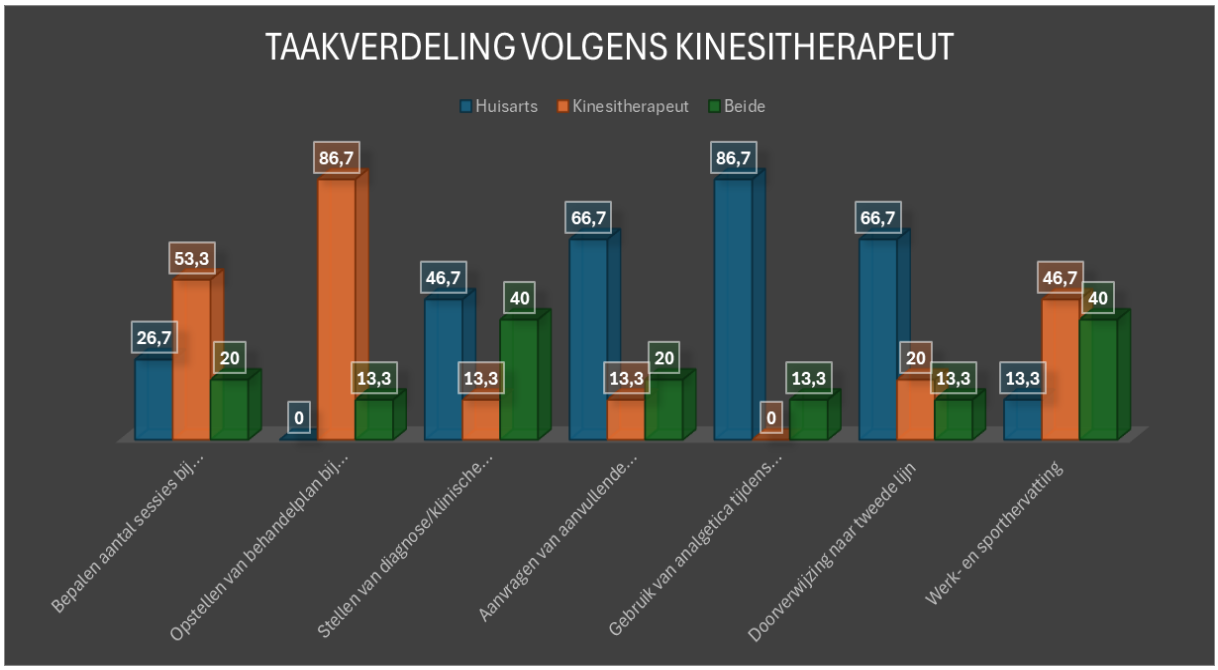
kinesitherapeut. Over taken zoals het bepalen van het aantal sessies bij de kinesitherapeut, het stellen van een diagnose bij een locomotorisch probleem of het bepalen van sport- en werkhervatting, bestaat minder éénsgezindheid. Ongeveer 50% van de huisartsen vindt dat dit nog steeds de taak van de huisarts betreft, terwijl de andere helft eerder neigt naar een gemeenschappelijke besluitvorming hieromtrent.



Grafiek 2: Taakverdeling volgens huisarts

4.3.3.2 Visie kinesitherapeut

Wanneer we nu de visie van kinesitherapeuten analyseren (zie grafiek 3), zien we dat zij het opstellen van een revalidatieplan als hun voornaamste taak zien. Ook het bepalen van het aantal sessies kinesitherapie houden ze het liefst in eigen handen. Het stellen van een diagnose en de beslissingen omtrent *return-to-sport* zien zij eerder als een gedeelde taak tussen hen en de huisarts. Het aanvragen van aanvullende technische onderzoeken, gebruik en voorschrijven van analgetica en een eventuele doorverwijzing naar tweede lijn zien zij echter eerder als een taak van de huisarts.



Grafiek 3: Taakverdeling volgens kinesitherapeut

4.4 Mogelijkheden tot verbetering

4.4.1 Visie huisartsen en kinesitherapeuten

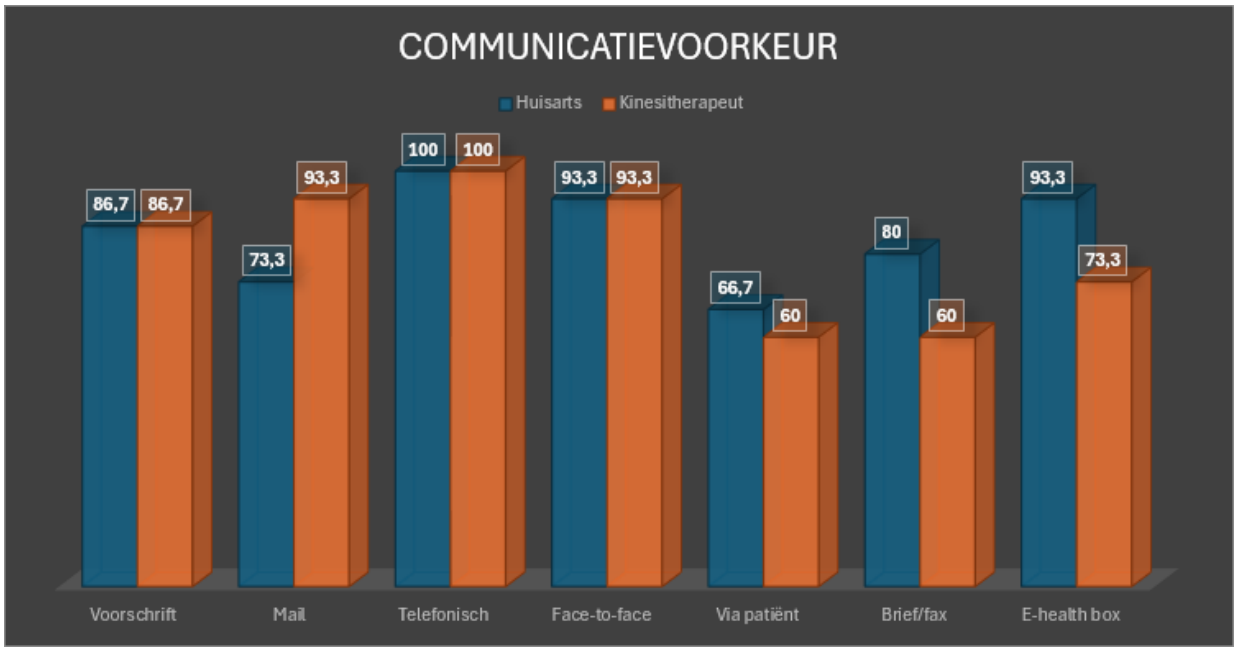
Zowel huisartsen als kinesitherapeuten benadrukken het belang van duidelijke, gestandaardiseerde en regelmatige communicatie. Huisartsen geven aan dat er behoefte is aan concrete richtlijnen voor communicatie, zoals een gestandaardiseerd verslag na elke reeks behandelingen (bijvoorbeeld na 9 kinesitherapiesessies), bij voorkeur via digitale kanalen zoals e-Health. Ze opteren ook voor een structureel overlegmoment, telefonisch of face-to-face, waarbij alarmtekens of afwijkende patiëntensituaties direct kunnen worden besproken. Daarnaast wordt het gebruik van elektronische voorschriften en verslagen aanbevolen, zodat de communicatie vlotter en efficiënter verloopt.

Kinesitherapeuten onderschrijven het belang van goede communicatie en wederzijds respect tussen de disciplines. Ze suggereren een vast overlegmoment, bijvoorbeeld wekelijks of maandelijks, of het bijwonen van een gemeenschappelijke behandeling om beter inzicht te krijgen in elkaars werk en methode. Ze pleiten voor een multidisciplinaire aanpak, waarbij huisartsen en kinesitherapeuten elkaar beter kunnen ondersteunen en sneller informatie kunnen uitwisselen. Digitale platforms, zoals een app (bv. Siilo) of een online health-platform, worden als mogelijke opties genoemd om de communicatie te vergemakkelijken, zeker in een tijd waar digitale tools steeds belangrijker worden.

Een interessant voorstel van één van de deelnemende kinesitherapeuten is het organiseren van jaarlijkse contactmomenten waarin de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut geëvalueerd kan worden. Daarnaast zou er, zoals voorgesteld door huisartsen, ruimte moeten zijn voor gezamenlijke bijscholingsmomenten, waarbij zowel huisartsen als kinesitherapeuten elkaar kunnen bijpraten over recente ontwikkelingen in hun vakgebied en samenwerking.

De digitalisering van de administratie en de uitwisseling van medische gegevens wordt als een belangrijk verbeterpunt gezien. Terwijl huisartsen en kinesitherapeuten het nut van digitale communicatie en platforms erkennen en benadrukken, blijft de praktische uitvoering hiervan achter. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten benadrukken de noodzaak om deze digitale tools verder te ontwikkelen en toegankelijker te maken, zodat communicatie eenvoudiger en veiliger kan verlopen. Kinesitherapeuten wensen bijvoorbeeld toegang te krijgen tot bepaalde onderdelen van het globaal medisch dossier die relevant zijn voor hun behandelingen, zodat ze beter geïnformeerd zijn over de medische geschiedenis van de patiënt. Verder wordt het tijdsgebrek voor overleg tussen de disciplines uiteraard als een uitdaging ervaren, waardoor het erg belangrijk is dat deze communicatie praktisch en vlot verloopt en dat men niet vervalt in eindeloze en tijdrovende papieren verslagen.

In grafiek 4 wordt een overzicht gegeven van de manier waarop huisartsen en kinesitherapeuten zouden willen communiceren in de toekomst. 86,7% van de huisartsen en kinesitherapeuten geeft aan te willen communiceren via het voorschrift. Wat betreft telefonisch overleg geven alle deelnemende huisartsen en kinesitherapeuten aan dit te willen gebruiken als communicatiemiddel. 73,3% van de huisartsen geeft aan te willen communiceren via mail, ten opzichte van 93,3% van de kinesitherapeuten. Face-to-face communicatie wordt door zowel huisartsen als kinesitherapeuten ook als voorkeursmiddel beschouwd, met 93,3% voor beide beroepsgroepen. Communicatie via de patiënt (66,7% van de huisartsen en 60% van de kinesitherapeuten) en via brief/fax (80% van de huisartsen en 60% van de kinesitherapeuten) geniet iets minder de voorkeur. Ten slotte geven 93,3% van de huisartsen aan de E-health box te willen gebruiken ten opzichte van 73,3% van de kinesitherapeuten.



Grafiek 4: Communicatievoorkeur

4.4.2 Universeel sjabloon

4.4.2.1 Visie

De meerderheid van de huisartsen reageert positief op het idee van een universeel sjabloon voor doorverwijzing en rapportering na behandeling. Ze zien het als een nuttig instrument om de communicatie te verbeteren, omdat het hen verplicht om voorschriften/rapporten met nuttige en correcte informatie op te stellen. Dit kan de samenwerking bevorderen door duidelijke terugkoppeling en meer gestructureerde communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Het idee wordt vooral gewaardeerd wanneer het sjabloon beknopt, krachtig en gebruiksvriendelijk is, zonder zware administratieve last. Verschillende huisartsen benadrukken dat het sjabloon een meerwaarde kan zijn, vooral wanneer het na elke behandelreeks wordt toegepast.

Kinesitherapeuten hebben meer gemengde reacties op het voorstel. Sommigen vinden het idee interessant, vooral omdat het kan zorgen voor een gestroomlijnde communicatie, voornamelijk bij chronische patiënten. Anderen twijfelen echter of het sjabloon daadwerkelijk een meerwaarde zal bieden en vrezen dat het de administratieve last verder zal verzwaren, voornamelijk wanneer het gaat over het kinesitherapeutische verslag. Kinesitherapeuten wijzen erop dat hun administratieve taken al behoorlijk tijdrovend zijn, vooral door het gebrek aan digitalisering. Voor acuut zieke patiënten wordt het sjabloon minder relevant geacht.

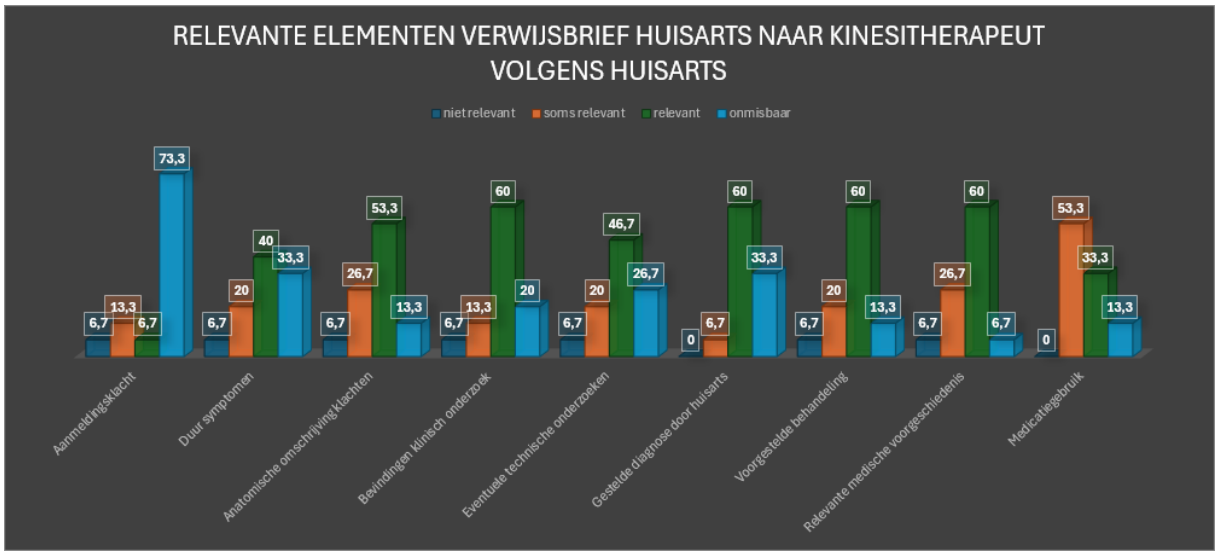
Een belangrijk punt dat dus door beide partijen naar voor wordt geschoven, is de behoefte aan efficiëntie. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten willen dat het sjabloon snel en makkelijk

kan worden ingevuld, zonder dat het ten koste gaat van de tijd die aan de patiënt wordt besteed. Het sjabloon moet praktisch en tijdbesparend zijn, met als doel de communicatie te verbeteren zonder de werkdruk te verhogen. Digitalisering wordt genoemd als een mogelijke oplossing om de administratieve lasten te verminderen, zodat de communicatie sneller en efficiënter verloopt.

4.4.2.2 Verwijsbrief naar kinesitherapeut

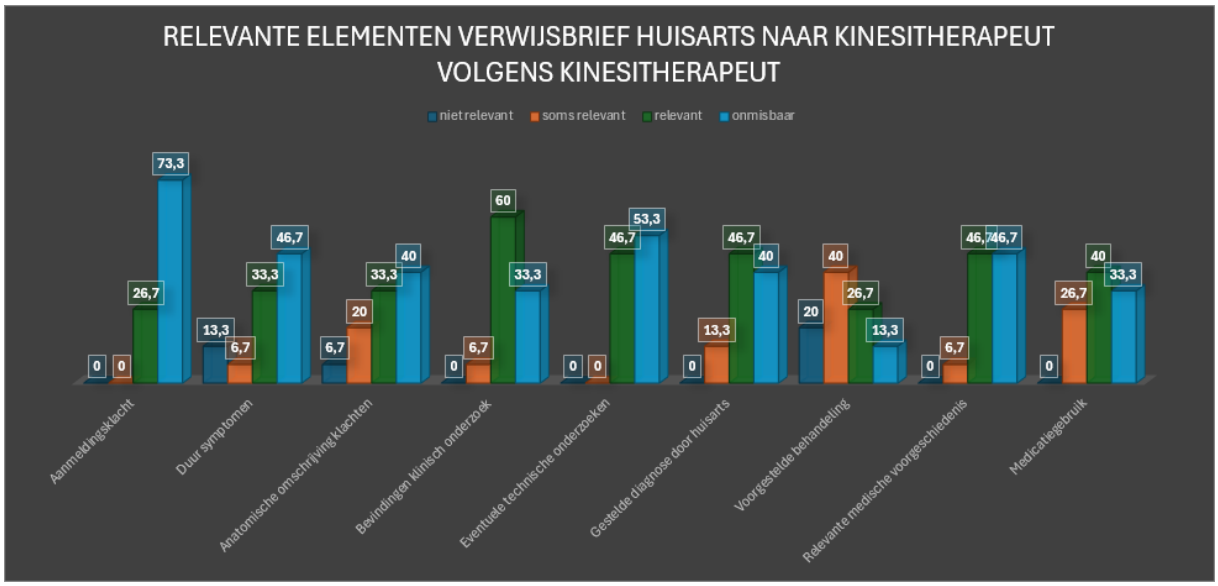
In dit deel wordt dieper ingegaan op mogelijke relevante elementen in een verwijsbrief van huisartsen gericht aan kinesitherapeuten. De relevantie van de mogelijke elementen werd zowel bij de deelnemende huisartsen als de deelnemende kinesitherapeuten getoetst. Er werd gevraagd om de relevantie te beoordelen volgens schaal: niet relevant – soms relevant – relevant – onmisbaar.

Grafiek 5 geeft een overzicht van de mogelijke elementen die een verwijsbrief kan bevatten en de relevantie ervan volgens de deelnemende huisartsen. Als eerste element zien we de aanmeldingsklacht van de patiënt, die door 73,3% van de huisartsen als onmisbaar wordt beschouwd. De relevantie van de duur van de symptomen is minder eenduidig, maar met 40% toch wel eerder als relevant te beschouwen. Ook de anatomische omschrijving van de klachten is discutabel, met 53,3% van de huisartsen die dit relevant vinden, maar toch ook 26,7% van de huisartsen die dit slechts soms relevant vinden. De bevindingen van klinisch onderzoek (60% relevant en 20% onmisbaar) en technische onderzoeken (46,7% relevant en 26,7% onmisbaar) zijn volgens huisartsen wel erg relevant. De gestelde diagnose en voorgestelde behandeling door de huisarts worden met 60% voor beide ook als overwegend relevant beschouwd. Over de relevante medische voorgeschiedenis (26,7% soms relevant en 60% relevant) en vooral het medicatiegebruik door de patiënt (53,3% soms relevant en 33,3% relevant) bestaat meer discussie.



Grafiek 5: Relevante elementen verwijsbrief huisarts naar kinesitherapeut volgens huisarts

Grafiek 6 geeft een overzicht van de mogelijke elementen die een verwijsbrief kan bevatten en de relevantie ervan volgens de deelnemende kinesitherapeuten. Ten eerste hechten kinesitherapeuten veel belang aan de aanmeldingsklacht (73,3% onmisbaar). In mindere mate vinden kinesitherapeuten ook de duur van de symptomen (33,3% relevant en 46,7% onmisbaar) en de anatomische omschrijving van de klachten (33,3% relevant en 40% onmisbaar) belangrijk. De resultaten van klinisch onderzoek (60% relevant en 33,3% onmisbaar) en technische onderzoeken (46,7% relevant en 53,3% onmisbaar) vormen een belangrijk onderdeel van de verwijsbrief volgens kinesitherapeuten. De gestelde diagnose door de huisarts wordt door 46,7% als relevant en door 40% als onmisbaar beschouwd, terwijl de meningen over de voorgestelde behandeling sterk verdeeld zijn (20% niet relevant, 40% soms relevant en 26,7% relevant). Tenslotte vinden kinesitherapeuten de relevante medische voorgeschiedenis (46,7% relevant en 46,7% onmisbaar) en het medicatiegebruik (40% relevant en 33,3% onmisbaar) overwegend belangrijk.

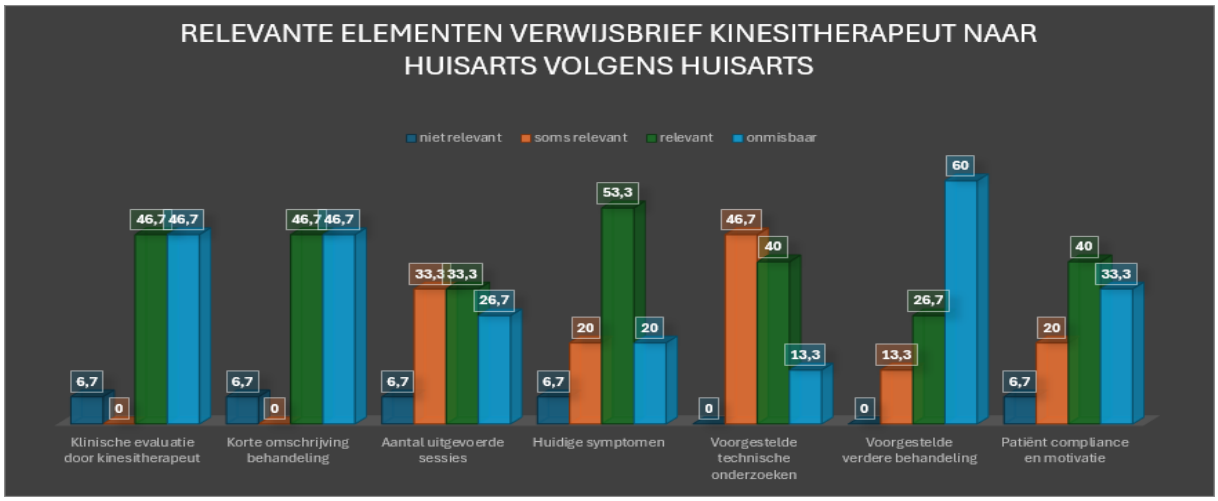


Grafiek 6: Relevante elementen verwijsbrief huisarts naar kinesitherapeut volgens kinesitherapeut

4.4.2.3 Verslag kinesitherapeutische behandeling

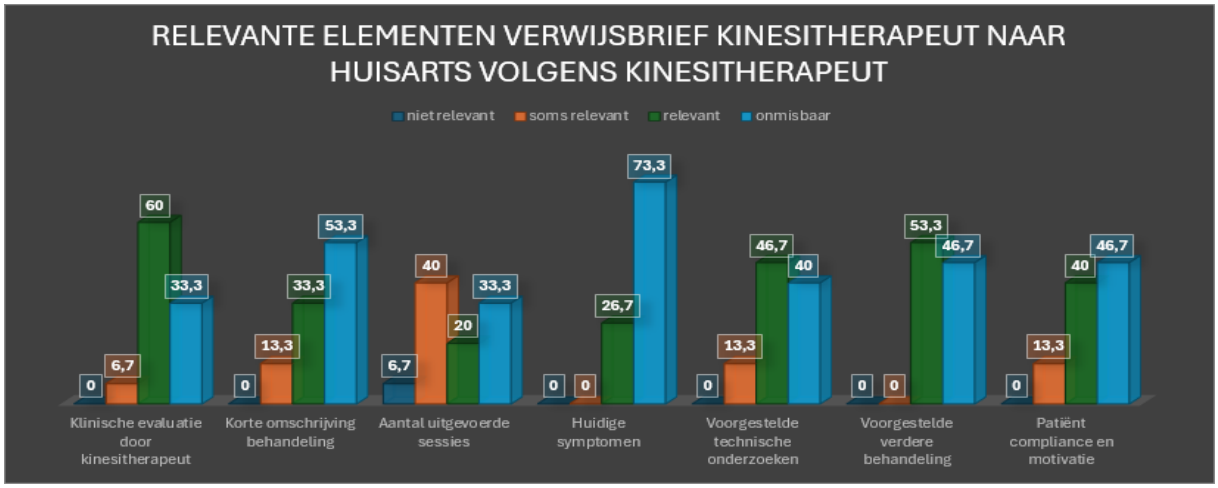
In dit deel worden de mogelijke relevante elementen besproken in een verslag van een kinesitherapeutische behandeling gericht aan een huisarts. Opnieuw werd de relevantie van de mogelijke elementen zowel bij deelnemende huisartsen als deelnemende kinesisten bevraagd.

Grafiek 7 geeft een overzicht van de mogelijke elementen die een verslag van een kinesitherapeutische behandeling kan bevatten en de relevantie ervan volgens de deelnemende huisartsen. Ten eerste blijkt dat huisartsen veel belang hechten aan de klinische evaluatie door kinesitherapeut (46,7% relevant en 46,7% onmisbaar), een korte omschrijving van de behandeling (46,7% relevant en 46,7% onmisbaar) en de voorgestelde verdere behandeling (26,7% relevant en 60% onmisbaar). 53,3% van de huisartsen vindt de huidige symptomen van de patiënt relevant en ook de patiënt compliance en motivatie worden met 40% overwegend als relevant beschouwd. Tenslotte blijkt dat huisartsen minder belang hechten aan het aantal uitgevoerde sessies (33,3% soms relevant en 33,3% relevant) en voorgestelde technische onderzoeken door de kinesitherapeut (46,7% soms relevant en 40% relevant).



Grafiek 7: Relevante elementen verwijsbrief kinesitherapeut naar huisarts volgens huisarts

In grafiek 8 wordt een overzicht gegeven van de mogelijke elementen in een kinesitherapeutisch verslag en de relevantie ervan volgens kinesitherapeuten. Zo blijkt dat 73,3% van de kinesitherapeuten de huidige symptomen onmisbaar acht in een verslag. Ook een korte omschrijving van de behandeling (53,3% onmisbaar) en de patiënt compliance en motivatie (40% relevant en 46,7% onmisbaar) vinden ze belangrijk. 60% van de kinesitherapeuten vindt hun klinische evaluatie relevant in het verslag. Verder zien we dat de voorgestelde technische onderzoeken (46,7% relevant en 40% onmisbaar) en de voorgestelde verdere behandeling (53,3% relevant en 46,7% onmisbaar) een belangrijk onderdeel van het verslag vormen volgens de deelnemende kinesitherapeuten. Tenslotte is er minder eensgezindheid over het aantal uitgevoerde sessies (40% soms relevant, 20% relevant en 33,3% onmisbaar).



Grafiek 8: Relevante elementen verwijsbrief kinesitherapeut naar huisarts volgens kinesitherapeut

5 Discussie

Met dit kwalitatief onderzoek hebben we geprobeerd een antwoord te bieden op een tweeledige onderzoeksvraag. Enerzijds wilden we achterhalen hoe de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten op dit moment ervaren wordt in Vlaanderen, anderzijds wilden we pijnpunten in deze samenwerking verhelderen om zo op zoek te kunnen gaan naar methodes om deze interactie en samenwerking te verbeteren. Als laatste hebben we uit de gegevens van ons onderzoek getracht om de elementen van een gemeenschappelijk sjabloon uit te werken voor een optimale interdisciplinaire informatieoverdracht van huisarts naar kinesitherapeut.

5.1 Ervaringen omtrent samenwerking

Hoewel de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten overwegend als positief wordt ervaren, zijn er duidelijke werkpunten. De belangrijkste elementen die naar voor komen zijn het gebrek aan communicatie, het beperkte gebruik van digitale platformen voor het delen van informatie, de behoefte aan meer structureel en regelmatig overleg tussen huisartsen en kinesitherapeuten en de gebrekkige kennis van huisartsen over de mogelijke behandelingen bij een kinesitherapeut. Door deze aspecten aan te pakken, kan de samenwerking verder worden versterkt, wat de zorg voor patiënten uiteindelijk ten goede zal komen.

De meest gebruikte communicatiemethode op dit moment is het voorschrift, vooral door huisartsen en in mindere mate door kinesitherapeuten. Telefonisch overleg wordt door huisartsen aanzienlijk vaker gehanteerd dan door kinesitherapeuten. Interessant is dat kinesitherapeuten vaker aangeven face-to-face te communiceren dan huisartsen. De E-health box, een digitaal platform met potentieel voor efficiënte samenwerking, wordt momenteel door geen van beide groepen gebruikt.

5.2 Verwachtingen en taakverdeling

Een samenwerking tussen twee partijen gaat steeds gepaard met wederzijdse verwachtingen. In deze studie kwamen enkele belangrijke discrepanties naar voren die een nadelige invloed kunnen hebben op de zorg voor patiënten.

Artsen merken dat heel weinig kinesitherapeuten een feedbackverslag over de evolutie van de behandeling van de patiënt, of een eventueel afwijkend beloop ervan, doorsturen, hoewel huisartsen dit wel verwachten. Ook lijkt er een misvatting te zijn bij kinesitherapeuten, die vaak denken dat ze een huisarts niet mogen of kunnen storen voor overleg tijdens de consultaties, terwijl deze laatste dit eigenlijk niet als storend ervaart.

Anderzijds merken kinesitherapeuten dat huisartsen soms te weinig aanvullend onderzoek aanvragen en daardoor foute diagnoses stellen. Dit wordt als bijzonder frustrerend ervaren gezien een kinesitherapeut wel van een arts verwacht dat hij/zij de juiste klinische bagage bezit om tot een goede diagnose te komen. Een tweede bemerking die kinesitherapeuten maken, is dat ze merken dat veel huisartsen slechts een beperkte kennis hebben over de mogelijke behandelingsvormen binnen de kinesitherapie, waardoor verwijzingen niet altijd nuttig zijn. Bovendien blijken sommige kinesitherapeuten niet altijd de verwachte erkenning van expertise te ervaren van huisartsen. Dit wordt als zeer frustrerend ervaren.

Wanneer we de meningen over de taakverdeling bekijken, valt op dat huisartsen nog steeds een centrale rol willen spelen in het begeleiden van hun patiënten met locomotorische klachten. Taken als het aanvragen van aanvullende technische onderzoeken, het voorschrijven van analgetica en doorverwijzing naar tweede lijn zien zij nog steeds auitsluitend als hun taak, dit vanuit een holistische visie op de patiënt die vooral binnen de opleiding huisartsgeneeskunde centraal staat. Zo zal een kinesitherapeut bijvoorbeeld vooral kijken naar een knieprobleem, terwijl een huisarts de patiënt met het knieprobleem zal proberen behandelen. Het opstellen van een revalidatieplan wordt dan weer resoluut toegeschreven aan de kinesitherapeut. Over de andere taken bestaat er een meer verdeelde mening waarbij kinesitherapeuten graag meer invloed zouden hebben op het bepalen van het aantal sessies bij de kinesitherapeut, beslissingen over werk- en sporthervatting en zelfs bij het aanvragen van aanvullend technisch onderzoek, waarbij dit laatste niet op bijval kan rekenen bij de deelnemende huisartsen. Huisartsen lijken het belang van de kinesitherapeut wel te waarderen bij de diagnosestelling van een locomotorisch probleem. Onze mening is dat de coördinerende rol binnen de behandeling van een patiënt bij de huisarts moet blijven, met het nodige respect voor de kennis en vaardigheden van een kinesitherapeut.

5.3 Verbeterpunten en universeel sjabloon

Wat betreft toekomstige communicatievoorkeuren blijkt dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten openstaan voor een breder scala aan communicatiemethoden. Telefonisch overleg en face-to-face communicatie worden door beide groepen als essentieel beschouwd. Daarnaast ziet een grote meerderheid van de respondenten de E-health box als een waardevolle aanvulling, wat wijst op een groeiende interesse in digitale oplossingen. Deze resultaten benadrukken de noodzaak om de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten te versterken door communicatie te stroomlijnen. De discrepantie in de huidige manier van communicatie en de voorkeur voor communicatiemiddelen in de toekomst suggereert dat investeringen in digitale technologie, zoals de implementatie van de E-health box, en duidelijke afspraken over gebruik van communicatiekanalen de interdisciplinaire

samenwerking aanzienlijk kunnen verbeteren. Dit kan leiden tot een betere informatiedoorstroming en op die manier een meer optimale patiëntenzorg.

Een nevendoel van ons onderzoek was nagaan of een uniform sjabloon voor enerzijds een verwijsbrief van een huisarts naar een kinesitherapeut, en anderzijds een verslag van de kinesitherapeutische behandeling een meerwaarde kan bieden in de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. De reacties hierop blijken overwegend positief, maar er zijn zorgen over de administratieve belasting. Het sjabloon kan de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut versterken, vooral als het eenvoudig, bondig en digitaal is. Voor chronische patiënten kan het sjabloon nuttig zijn met het oog op een vlottere communicatie en betere opvolging. Echter, het succes van dit sjabloon zal afhangen van de praktische uitvoering, waarbij zowel de administratieve belasting als de meerwaarde voor de patiënt centraal moeten staan. Het voorstel kan alleen effectief zijn als het de werkdruk voor zowel huisartsen als kinesitherapeuten niet onnodig verhoogt.

5.3.1 Verwijsbrief huisarts

De analyse van relevante elementen in een verwijsbrief van huisarts naar kinesitherapeut toont zowel overeenkomsten als verschillen tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Beide beroepsgroepen hechten veel waarde aan de aanmeldingsklacht, de gestelde diagnose door de huisarts en de bevindingen van het klinisch onderzoek. Dit onderstreept het belang van een duidelijke en gedetailleerde klachtomschrijving voor een efficiënte doorverwijzing. Er zijn echter ook verschillen in prioriteit tussen beide beroepsgroepen: huisartsen vinden de voorgestelde behandeling vaak belangrijker dan kinesitherapeuten, wat er waarschijnlijk op wijst dat kinesitherapeuten hun eigen therapeutische keuzes willen maken. Hierbij aansluitend vinden wij dat er in de opleiding van huisartsen onvoldoende nadruk ligt op het locomotorische aspect. Enerzijds merken we dat de klinische vaardigheden bij heel wat huisartsen vrij beperkt zijn, waardoor de waarde van het klinisch onderzoek slechts beperkt is bij verwijzing naar kinesitherapeuten. Anderzijds stellen we vast dat huisartsen slechts zeer beperkte kennis hebben van de behandelingsmodaliteiten die kinesitherapeuten ter beschikking hebben. Dit is ook een mogelijke verklaring voor het beperkte belang dat kinesitherapeuten hechten aan de voorgestelde behandeling door huisartsen. Kinesitherapeuten hechten meer belang aan resultaten van technische onderzoeken, relevante medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik.

In het algemeen blijkt dat een gezamenlijke benadering van huisartsen en kinesitherapeuten, waarbij belangrijke informatie zoals aanmeldingsklacht, klinisch onderzoek en technische onderzoeken centraal staan, kan bijdragen aan een efficiëntere zorg en communicatie tussen de verschillende zorgverleners. Tegelijkertijd is het belangrijk dat er ruimte blijft voor de

specifieke benaderingen en expertise van iedere beroepsgroep. We zien dat kinesitherapeuten veel waarde hechten aan bijna alle elementen, behalve de voorgestelde behandeling door de huisarts. Hieruit kunnen we besluiten dat kinesitherapeuten graag een breed beeld krijgen van de patiënt, om op die manier zelf een optimaal revalidatieplan op te stellen. Daarnaast zien we dat huisartsen toch iets kritischer zijn ten opzichte van enkele elementen, waaruit we kunnen opmaken dat zij ook graag de touwtjes mee in handen houden.

5.3.2 Kinesitherapeutisch verslag

Daarnaast gebeurde ook een analyse van de relevante elementen in een kinesitherapeutisch verslag. Hieruit blijkt dat er veel overeenkomsten zijn in wat beide beroepsgroepen als essentieel beschouwen. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten hechten veel waarde aan de huidige symptomen van de patiënt, hoewel kinesitherapeuten dit element sterker benadrukken. Dit verschil onderstreept het belang van een gedetailleerde en up-to-date weergave van de toestand van de patiënt in het verslag, iets wat voor de kinesitherapeuten een sleutelrol speelt bij het sturen van hun verdere behandeling. Hierbij aansluitend zien we dat beide groepen de klinische evaluatie door kinesitherapeuten belangrijk vinden. Ook een korte omschrijving van de behandeling wordt door beide groepen als belangrijk beschouwd. Wel zien we dat de motivatie en compliance van de patiënt voor kinesitherapeuten iets belangrijker zijn dan voor huisartsen, wat zou kunnen wijzen op de nadruk die zij leggen op het actieve engagement van de patiënt in het behandelingsproces. Over de voorgestelde verdere behandeling bestaat enig verschil tussen beide beroepsgroepen. Zo zien we dat huisartsen hier meer belang aan lijken te hechten dan kinesitherapeuten. Hieruit kunnen we opmaken dat huisartsen graag duidelijke richtlijnen hebben voor de vervolgstappen van de behandeling, terwijl kinesitherapeuten misschien iets meer flexibel zijn en ruimte laten voor aanpassingen op basis van de evolutie van de patiënt.

Over technische onderzoeken voorgesteld door de kinesitherapeut bestaat onenigheid. We zien dat huisartsen hier beduidend minder enthousiast over zijn dan kinesitherapeuten. Hiervoor zijn enkele verklaringen mogelijk. Zo kunnen we verwachten dat huisartsen het voorschrijven van technische onderzoeken liever binnen hun eigen takenpakket houden en hierbij geen input willen van de kinesitherapeut. Het is ook mogelijk dat kinesitherapeuten meer waarde hechten aan de resultaten van deze technische onderzoeken in hun behandelstrategie.

Samenvattend blijkt dat er veel overeenstemming is tussen huisartsen en kinesitherapeuten over de kernaspecten van een kinesitherapeutisch verslag, zoals de huidige symptomen, de klinische evaluatie, en de behandeling van de patiënt. Toch blijven er duidelijke verschillen in de nadruk die beide groepen leggen op specifieke elementen, zoals de voorgestelde

behandeling en de rol van technische onderzoeken. Dit verschil in opvatting benadrukt het belang van goede communicatie en afstemming tussen zorgverleners, zodat het verslag niet alleen compleet maar ook doelgericht is, en de zorg voor de patiënt optimaal kan worden voortgezet.

5.4 Algemene conclusie

Deze studie heeft waardevolle inzichten verschaft in de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten, met de nadruk op de communicatie en de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen. De bevindingen tonen aan dat de samenwerking over het algemeen als positief wordt ervaren, maar dat er duidelijke verbeterpunten zijn, vooral op het gebied van communicatie en informatie-uitwisseling.

Er blijkt een kloof te bestaan tussen de huidige communicatiemethoden en de gewenste toekomstige communicatie. Huisartsen gebruiken vooral traditionele methoden zoals het voorschrift en telefonische communicatie, terwijl kinesitherapeuten vaker aangeven face-to-face te communiceren. Beide groepen geven aan open te staan voor de implementatie van digitale oplossingen, zoals de E-health box, maar zijn bezorgd over de administratieve last. Dit suggereert dat de toekomst van de samenwerking kan liggen in de integratie van digitale platformen die de communicatie vergemakkelijken zonder de werkdruk te verhogen.

Een ander belangrijk punt is de taakverdeling. Hoewel beide beroepsgroepen respect hebben voor elkaars expertise, blijkt er een discrepantie in de verwachtingen van de rolverdeling, vooral als het gaat over het aanvragen van technische onderzoeken. Huisartsen willen de regie behouden over bepaalde aspecten van de zorg, terwijl kinesitherapeuten meer invloed wensen, bijvoorbeeld bij beslissingen over werk- en sporthervatting en het aantal behandelsessies. Duidelijke afspraken en wederzijds begrip over de rolverdeling zullen bijdragen aan een soepeler verloop van de samenwerking.

De studie bevestigt ook het potentieel van een universeel sjabloon voor doorverwijzing en rapportering, wat door beide partijen overwegend als positief wordt ontvangen zolang de administratieve belasting niet wordt vergroot. Dit zou vooral bij chronische patiënten kunnen bijdragen aan een meer efficiënte en gestandaardiseerde communicatie. De studie benadrukt dat een gezamenlijke benadering van huisartsen en kinesitherapeuten, waarbij relevante medische gegevens en de voortgang van de behandeling systematisch worden gedeeld, de zorg voor de patiënt aanzienlijk zou kunnen verbeteren.

Verder blijkt uit de analyse van de relevante elementen in verwijsbrieven en kinesitherapeutische verslagen dat er veel overeenstemming is over de kernaspecten, zoals

de aanmeldingsklacht, klinische evaluatie en huidige symptomen. Er zijn echter ook duidelijke verschillen in prioriteiten, zoals de rol van technische onderzoeken en de voorgestelde behandeling, wat onderstreept dat goede communicatie tussen de twee beroepsgroepen essentieel is om de zorg continu en effectief voort te zetten.

In conclusie kan gesteld worden dat de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten verbeterd kan worden door het versterken van de communicatie, het implementeren van digitale platforms voor informatie-uitwisseling, en het verduidelijken van de taakverdeling. Het creëren van een universeel sjabloon voor doorverwijzing en rapportering kan hierin een belangrijke rol spelen. Verder onderzoek naar de implementatie van dit universeel sjabloon en de effecten hiervan op de patiëntenzorg zou de zorg voor de patiënt verder kunnen optimaliseren, alsook de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut bevorderen.

5.4.1 Onze visie

Wij kunnen ons aansluiten bij deze conclusie. We merken in de praktijk dat er nog heel wat marge is voor verbetering. In onze ideale wereld zouden de multidisciplinaire praktijken of microziekenhuizen een steeds prominentere rol moeten krijgen. We merken vanuit eigen ervaring dat de samenwerking binnen deze praktijken tussen de verschillende disciplines vaak veel vlotter loopt en dat er veel laagdrempeliger kan gecommuniceerd worden. Volgens ons liggen hier heel wat mogelijkheden tot verbetering. Hierbij aansluitend lijkt het ons opportuun om op deze multidisciplinaire samenwerking veel meer in te zetten binnen de opleiding tot huisarts en kinesitherapeut. We merken zelf dat dit aspect slechts in zeer beperkte mate naar voor komt binnen de opleiding. We verwachten dat dit kan leiden tot betere kennis van vaardigheden van de kinesitherapeuten in de omgeving. Ook is het bijvoorbeeld een mogelijkheid om periodiek een medisch-kinesitherapeutisch overleg te laten doorgaan, een overleg waaraan zowel huisartsen als kinesitherapeuten deelnemen, om ook op deze manier elkaar beter te leren kennen en van elkaar bij te leren.

6 Referentielijst

1. Wouters K, Goedhuys J. Het kinesitherapie voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. Masterproef. ICHO. 2013.
2. Shottey N, Vaes P. Communicatie huisarts en kinesitherapeut: hoe kan het beter? Masterproef. ICHO. 2012.
3. Van Gelder R, Van Der Elst L. Het kinesitherapeutisch voorschrift: verbetering van de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Masterproef. ICHO. 2017.
4. Levrau L. Het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemedium tussen huisartsen en kinesitherapeuten: een kwantitatief prospectief onderzoek aan de hand van gevalideerde vragenlijsten. Masterproef. ICHO. 2022.
5. Johanns S. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts. Masterproef. ICHO. 2014
6. Reiner P. Patiëntgerichte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut? Beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting. Masterproef. ICHO. 2011.
7. Morris L, Moule P, Pearson J, Foster D, Walsh N. Patient view of the advanced practitioner (AP) role in primary care: A realist-informed synthesis. Musculoskeletal Care. 2021;(December 2020).
8. FOD B, Volksgezondheid V van de V en L. Beroeps- en Competentieprofiel van de kinesitherapeut in België. Natl Raad voor Kinesither.
9. R.I.Z.I.V. Tarieven ; Kinesitherapeuten ; 01-02-2024. Overeenkomstig. 2024;
10. Axxon, voorschrift kinesitherapie, opmaak en inhoud van een voorschrift kinesitherapie, beschikbaar via: https://www.axxon.be/nl/voorschrift/
11. Wohlin C. Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. ACM Int Conf Proceeding Ser. 2014 May 13;
12. Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. J R Coll Gen Pract [Internet]. 1989 Sep;39(326):375–6.
13. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. Fam Pract. 2003 Oct;20(5):578–82.
14. NHG KNGF. NHG/KNGF-richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Nictiz. 2013;
15. NHG-Publicatie automatisering uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut
16. Bea Vermeyen DV. LOK Het kinesitherapievoorschrift. Domus Medica vzw – WVVK vzw. 2003;

17. Bea Vermeyen DV. LOK Communicatie arts – kinesitherapeut. Wet Ver van Vlaam Huisartsen vzw Wet Ver van Vlaam Kinesither vzw. 2004;

18. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2015 May 18 ;16(03):304–8.

19. Okwera A, May S. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis— a qualitative study. Physiother Theory Pract [Internet]. 2019 Oct 3;35(10):940–6

20. Breen A, Carrington M, Collier R, Vogel S. Communication between general and manipulative practitioners: a survey. Complement Ther Med. 2000 Mar;8(1):8–14.

21. Dennis S, Watts I, Pan Y, Britt H. The likelihood of general practitioners referring patients to physiotherapists is low for some health problems: secondary analysis of the Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH) observational study. J Physiother. 2018 Jul;64(3):178-182. doi: 10.1016/j.jphys.2018.05.006. Epub 2018 Jun 11.

22. Dufour SP, Brown J, Deborah Lucy S. Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners. J Interprof Care. 2014 Sep;28(5):460-5. doi: 10.3109/13561820.2014.915210. Epub 2014 May 5.

23. Harland N, Blacklidge B. Physiotherapists and General Practitioners attitudes towards 'Physio Direct' phone based musculoskeletal Physiotherapy services: a national survey. Physiotherapy. 2017 Jun;103(2):174-179. doi: 10.1016/j.physio.2016.09.002. Epub 2016 Sep 17.

24. Pellekooren S, Donker M, Reijnders E, Boutalab L, Ostelo R, van Tulder M, Pool-Goudzwaard A. The introduction of advanced practice physiotherapy within Dutch primary care is a quest for possibilities, added value, and mutual trust: a qualitative study amongst advanced practice physiotherapists and general practitioners. BMC Health Serv Res. 2022 Apr 21.

25. ShahAli S, Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Anne BC, Mojgani P, Behzadifar M, Lankarani KB. Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. Heliyon. 2023 Oct 6.

26. Vleesschouwers E. Een exploratief onderzoek naar de kennis omtrent de meest frequente kinesitherapeutische behandelingen in de praktijk bij de huisarts. Masterproef. ICHO. 2020.

7 Bijlagen

Appendix 1: Protocol ethisch comité

In deze thesis zullen we met 3 onderzoekers, onder leiding van Prof. Dr. Vanden Bossche nagaan hoe huisartsen en kinesitherapeuten hun onderlinge samenwerking ervaren, wat er goed loopt en vooral waar mogelijke pijnpunten liggen. Het doel van deze thesis is om de uiteindelijke samenwerking tussen beide partijen te bevorderen.

In de literatuur heerst er consensus dat de onderlinge samenwerking tussen huisartsen en kinesisten niet optimaal verloopt. Er worden tal van mogelijke factoren beschreven die hier een invloed zouden op hebben: gebrekkige communicatie en weinig persoonlijk contact, onvoldoende kennis bij huisartsen omtrent kinesitherapie, te weinig info op voorschrift van de huisarts, geen inzage in medisch dossier voor kinesisten, minderwaardigheidsgevoel bij kinesisten, angst om collega's te storen en gebrek aan tijd en vergoedingen voor het opmaken van verslagen. Nochtans zijn beide partijen wel overtuigd van het belang van een goede samenwerking en blijkt ook dat de perceptie van patiënten over hun behandeling positief beïnvloed wordt door een goede samenwerking. In de literatuur worden reeds enkele initiatieven vooropgesteld om deze samenwerking te verbeteren (meer overlegmomenten, elektronische voorschriften, gedeeld medisch dossier, …) maar deze blijken tot nu toe onvoldoende effect te hebben.

Er is al veel onderzoek gebeurd naar het opstellen van methodologisch goed gevalideerde en betrouwbare vragenlijsten die de kwaliteit van onderlinge samenwerking kunnen evalueren. In onze thesis willen we voortbouwen op deze onderzoeken door deze vragenlijsten deels te gebruiken om zo te kunnen focussen op de perceptie van beide partijen over de huidige samenwerking en mogelijke verbeterpunten.

De officiële onderzoeksvraag van ons project luidt: "Hoe wordt de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten ervaren en op welke manier kan deze verbeterd worden om zo de patiëntenzorg te bevorderen?'

Methodologie: het betreft een kwalitatieve studie die uitgevoerd zal worden op actief werkende huisartsen en kinesitherapeuten. Van Prof. Dr. Vanden Bossche kregen we op voorhand reeds een lijst van kinesitherapeuten uit de ruime omgeving. Deze lijst werd aangevuld door de onderzoekers zelf met huisartsen en kinesitherapeuten uit de buurt van het werkingsgebied van de onderzoekers (huisartsen in opleiding). De steekproefgrootte zal uiteindelijk bepaald worden aan de hand van datasaturatie. Wanneer we merken dat nieuwe interviews geen nieuwe informatie meer opleveren, dan zullen we ons onderzoek afsluiten. Een eerste niet-

berekende schatting van de steekproefgrootte betreft een 30-tal deelnemers (5 kinesitherapeuten en 5 huisartsen per onderzoeker).

De mogelijke deelnemers zullen eerst telefonisch gecontacteerd worden om een fysieke afspraak vast te leggen. Tijdens deze eerste afspraak zullen de onderzoekers de studie voorstellen, het informed consent formulier laten ondertekenen en de enquête op papier achterlaten. Na een periode van ongeveer een maand zal een tweede afspraak plaatsvinden om de antwoorden op de enquête fysiek met elkaar te bespreken, zodat deelnemers de nodige toelichting kunnen geven op hun antwoorden. Deze data zullen gebundeld worden opgeslagen op de H-schijf van de UZ Gent server en statistisch verwerkt worden.

We hopen met dit onderzoek de pijnpunten in de samenwerking bloot te leggen en zullen een gemeenschappelijk sjabloon proberen opstellen voor een optimaal interdisciplinaire informatieoverdracht.

Appendix 2: Goedkeuring ethisch comité

Afzender: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Luc Vanden Bossche
Fysische geneeskunde en revalidatie
UZ Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor Medische Ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Andreas Lycke	17/11/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0335	nvt	nvt

Betreft:
Hoe wordt de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten ervaren en op welke manier kan deze verbeterd worden om zo de patiëntenzorg te bevorderen? Scriptie: Andreas Lycke

Positief advies

Beste collega,

De Commissie voor Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

De CME geeft op 17/11/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Dit project valt niet onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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

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



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

Unofficial translation in English:

Positive advice

The Ethics Committee (EC) of Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined the above mentioned dossier.

The EC gives on 17/11/2023 a favourable opinion on this study.

The EC emphasizes that a favourable opinion does not mean that the Medical Ethics Committee assumes responsibility for the investigation. The promoter and the principal investigator are responsible for the correct ethical and legal conduct of the research

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

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

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- hoofdonderzoeker, Prof. Dr. Luc Vanden Bossche, ontv. 06/10/2023 (Nederlands)
- Andreas Lycke, ontv. 03/10/2023 (Nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- Prof. Dr. Luc Vanden Bossche, dd. 30/03/2021 (Nederlands)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- Data Management Plan: GEB, AVG register, dd. 24/10/2023 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Interview guide, versie 1, dd. 08/11/2023 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- Informed consent formulier, versie 3, dd. 14/11/2023 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- Vragenlijst huisarts, versie 1, dd. 08/11/2023 (Nederlands)
- Vragenlijst kinesist, versie 1, dd. 08/11/2023 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer Ugent - statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits Ugent - statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern - huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern - huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent - kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent - kinder gastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent - psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent - psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent - verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent - verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent - verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent - verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent - apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent - apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent - Ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent - Ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent - jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent - jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent - nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent - geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent - internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent - neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent - hartchirurg, ♂	Dr. H. Eker UZ Gent - algemene en hepatobiliaire chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent - fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent - verloskunde, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent - kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent - anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♀

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek met betrekking tot de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contact met patiënten, of bij de toegang tot patiëntgegevens, inclusief de juiste implementatie hiervan door collega's en studenten.

De CME verlangt dat het hoofd/personeel van de klinische afdeling geïnformeerd wordt over en akkoord gaat met dit onderzoek; dit is de verantwoordelijkheid van de PI.

De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst naar de ICH/GCP-richtlijnen op haar website en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit advies van De CME houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor het geplande onderzoek op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

EC bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students.

The EC requires that the head/staff of the clinical department are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

Appendix 3: Vragenlijst huisartsen

Praktijkwerking/demografische informatie

1. Wat is uw geslacht?

o Man

o Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

___ jaar

3. Hoelang bent u reeds actief als huisarts?

___ jaar

4. Heeft u bepaalde specialisaties?

5. Hoe zou u uw patiëntenpopulatie omschrijven? (bv. sporters, ouderen, allochtonen, …)

6. In welk soort praktijk werkt u?

o Solopraktijk

o Groepspraktijk

o Multidisciplinaire praktijk

7. In welke provincie werkt u?

o Antwerpen

- Limburg
- Oost-Vlaanderen
- Vlaams-Brabant
- West-Vlaanderen

8. In welke regio werkt u?

- Stad
- Platteland

Ervaringen omtrent samenwerking huisarts-kinesitherapeut

1. Hoe ervaart u de samenwerking met kinesitherapeuten in de dagelijkse praktijk?

2. Welke positieve punten/ervaringen zou u benoemen in deze samenwerking?

3. Welke negatieve punten/ervaringen zou u benoemen in deze samenwerking?

4. Welke zaken mist u in deze samenwerking?

5. Op welke manier(en) communiceert u met kinesitherapeuten?

- o Voorschrift
- o Brief/fax
- o Face-to-face
- o Mail
- o Telefonisch
- o Via patiënt
- o E-health box
- o Andere:

Verwachtingen/taakverdeling

1. Wat verwacht u als huisarts van een kinesitherapeut?

2. Merkte u in de praktijk reeds discrepanties tussen uw eigen verwachtingen en die van een kinesitherapeut? Zo ja, welke?

3. Hoe zou u concreet de taakverdeling omschrijven in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?

4. Geef hieronder aan welke zorgverlener volgens u voor deze zaken zou moeten instaan

- Bepalen aantal sessies bij kinesitherapeut
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Opstellen van behandelplan bij kinesitherapeut
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Stellen van diagnose/klinisch evaluatie bij locomotorische problemen
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Aanvragen van aanvullende technische onderzoeken
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Gebruik van analgetica tijdens behandeling
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Doorverwijzing naar tweedelijn

- Huisarts
- Kinesitherapeut

- Werk- en sporthervatting
  - Huisarts
  - Kinesitherapeut

Mogelijkheden tot verbetering

1. Op welke manier kan de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut volgens u op een positieve manier beïnvloed worden?

2. Heeft u bepaalde voorstellen en hoe zou u deze praktisch organiseren?

3. Duid hieronder aan of u deze communicatiemiddelen nuttig of nutteloos vindt

- Voorschrift
  - Nuttig
  - Nutteloos

- Brief/fax
  - Nuttig

    - Nutteloos

- Face-to-face
    - Nuttig
    - Nutteloos

- Mail
    - Nuttig
    - Nutteloos

- Telefonisch
    - Nuttig
    - Nutteloos

- Via patiënt
    - Nuttig
    - Nutteloos

- E-health box
    - Nuttig
    - Nutteloos

- Andere:
    - Nuttig
    - Nutteloos

Universeel sjabloon doorverwijzing en rapportering

1. Wat is uw mening over het uitwerken van een universeel sjabloon voor doorverwijzing en rapportering na behandeling?

2. Duid hieronder aan in welke mate u deze elementen relevant acht in een doorverwijzing door een huisarts naar een kinesitherapeut (1 = niet relevant, 2 = soms relevant, 3 = relevant, 4 = onmisbaar)

- Aanmeldingsklacht 1 2 3 4
- Duur van symptomen 1 2 3 4
- Anatomische omschrijving klachten 1 2 3 4
- Bevindingen klinisch onderzoek 1 2 3 4
- Eventuele technische onderzoeken 1 2 3 4
- Gestelde diagnose door huisarts 1 2 3 4
- Voorgestelde behandeling 1 2 3 4
- Relevante medische voorgeschiedenis 1 2 3 4
- Medicatiegebruik 1 2 3 4
- Andere: 1 2 3 4

3. Duid hieronder aan in welke mate u deze elementen belangrijk acht in een rapportering door een kinesitherapeut naar een huisarts (1 = niet relevant, 2 = soms relevant, 3 = relevant, 4 = onmisbaar)

- Klinische evaluatie/verslag door kinesitherapeut 1 2 3 4
- Korte omschrijving behandeling 1 2 3 4
- Aantal uitgevoerde sessies 1 2 3 4
- Huidige symptomen 1 2 3 4
- Voorgestelde technische onderzoeken 1 2 3 4
- Voorgestelde verdere behandeling 1 2 3 4

- Patiënt compliance/motivatie 1 2 3 4
- Andere: 1 2 3 4

Appendix 4: Vragenlijst kinesitherapeuten

Praktijkwerking/demografische informatie

1. Wat is uw geslacht?

o Man

o Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

___ jaar

3. Hoelang bent u reeds actief als kinesitherapeut?

___ jaar

4. Heeft u bepaalde specialisaties?

5. Hoe zou u uw patiëntenpopulatie omschrijven? (bv. sporters, ouderen, allochtonen, …)

6. In welk soort praktijk werkt u?

o Solopraktijk

o Groepspraktijk

o Multidisciplinaire praktijk

7. In welke provincie werkt u?

o Antwerpen

- o Limburg
- o Oost-Vlaanderen
- o Vlaams-Brabant
- o West-Vlaanderen

8. In welke regio werkt u?

- o Stad
- o Platteland

Ervaringen omtrent samenwerking huisarts-kinesitherapeut

1. Hoe ervaart u de samenwerking met huisartsen in de dagelijkse praktijk?

2. Welke positieve punten/ervaringen zou u benoemen in deze samenwerking?

3. Welke negatieve punten/ervaringen zou u benoemen in deze samenwerking?

4. Welke zaken mist u in deze samenwerking?

5. Op welke manier(en) communiceert u met huisartsen?

- o Voorschrift
- o Brief/fax
- o Face-to-face
- o Mail
- o Telefonisch
- o Via patiënt
- o E-health box
- o Andere:

Verwachtingen/taakverdeling

1. Wat verwacht u als kinesitherapeut van een huisarts?

2. Merkte u in de praktijk reeds discrepanties tussen uw eigen verwachtingen en die van een huisarts? Zo ja, welke?

3. Hoe zou u concreet de taakverdeling omschrijven in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?

4. Geef hieronder aan welke zorgverlener volgens u voor deze zaken zou moeten instaan

- Bepalen aantal sessies bij kinesitherapeut
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Opstellen van behandelplan bij kinesitherapeut
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Stellen van diagnose/klinisch evaluatie bij locomotorische problemen
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Aanvragen van aanvullende technische onderzoeken
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Gebruik van analgetica tijdens behandeling
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Doorverwijzing naar tweedelijn

    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

- Werk- en sporthervatting
    - Huisarts
    - Kinesitherapeut

Mogelijkheden tot verbetering

1. Op welke manier kan de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut volgens u op een positieve manier beïnvloed worden?

2. Heeft u bepaalde voorstellen en hoe zou u deze praktisch organiseren?

3. Duid hieronder aan of u deze communicatiemiddelen nuttig of nutteloos vindt

- Voorschrift
    - Nuttig
    - Nutteloos
- Brief/fax
    - Nuttig
    - Nutteloos
- Face-to-face

    - Nuttig
    - Nutteloos
- Mail
    - Nuttig
    - Nutteloos
- Telefonisch
    - Nuttig
    - Nutteloos
- Via patiënt
    - Nuttig
    - Nutteloos
- E-health box
    - Nuttig
    - Nutteloos
- Andere:
    - Nuttig
    - Nutteloos

Universeel sjabloon doorverwijzing en rapportering

1. Wat is uw mening over het uitwerken van een universeel sjabloon voor doorverwijzing en rapportering na behandeling?

2. Duid hieronder aan in welke mate u deze elementen relevant acht in een doorverwijzing door een huisarts naar een kinesitherapeut (1 = niet relevant, 2 = soms relevant, 3 = relevant, 4 = onmisbaar)

- Aanmeldingsklacht 1 2 3 4
- Duur van symptomen 1 2 3 4
- Anatomische omschrijving klachten 1 2 3 4
- Bevindingen klinisch onderzoek 1 2 3 4
- Eventuele technische onderzoeken 1 2 3 4
- Gestelde diagnose door huisarts 1 2 3 4
- Voorgestelde behandeling 1 2 3 4
- Relevante medische voorgeschiedenis 1 2 3 4
- Medicatiegebruik 1 2 3 4
- Andere: 1 2 3 4

3. Duid hieronder aan in welke mate u deze elementen belangrijk acht in een rapportering door een kinesitherapeut naar een huisarts (1 = niet relevant, 2 = soms relevant, 3 = relevant, 4 = onmisbaar)

- Klinische evaluatie/verslag door kinesitherapeut 1 2 3 4
- Korte omschrijving behandeling 1 2 3 4
- Aantal uitgevoerde sessies 1 2 3 4
- Huidige symptomen 1 2 3 4
- Voorgestelde technische onderzoeken 1 2 3 4
- Voorgestelde verdere behandeling 1 2 3 4
- Patiënt compliance/motivatie 1 2 3 4
- Andere: 1 2 3 4

Appendix 5: Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Hoe wordt de interactie tussen huisartsen en kinesitherapeuten ervaren en op welke manier kan deze verbeterd worden om zo de patiëntenzorg te bevorderen?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een vragenlijst ontvangen, die u dient in te vullen. Nadien zal een interview volgen met 1 van de onderzoekers waarbij dieper ingegaan wordt op de antwoorden die u gaf in de vragenlijst.

De dienst Huisartsgeneeskunde, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, voert een onderzoek uit naar de interactie tussen huisarts en kinesitherapeut en op welke manier deze verbeterd kan worden om zo de patiëntenzorg te bevorderen.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen en nadien deel te nemen aan het interview. Dit zal ongeveer 2 uren van uw tijd in beslag nemen. Inclusiecriteria voor deze studie betreffen actief werkende huisartsen en kinesitherapeuten. Belangrijke exclusiecriteria betreffen voornamelijk het niet hebben van een diploma huisartsgeneeskunde en/of kinesitherapie.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Vanden Bossche. Studenten van de vakgroep Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling en aanpak van locomotorische problemen.

KOSTEN

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

VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studie. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Vanden Bossche (UZ Gent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw gegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

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

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

CONTACT

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam:

-Last	Matthias	(1)

-Lycke Andreas (2)

-Van Durme Roy (3)

Adres:

-Tunnellaan 113, 9060 Zelzate (1)

-Hogestraat 18, 8020 Ruddervoorde (2)

-Nadine Crappéstraat 40, 9000 Gent (3)

Telefoonnummer:

-0477065666 (1)

-0471458484 (2)

-0488587578 (3)

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Invullen vragenlijst - Deelnemen interview	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	