Kwalitatieve studie naar de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de behandeling van aspecifieke lage rugpijn: De invloed van gezamenlijke casusbesprekingen op de samenwerking en zorgresultaten

Dr. Benjamin Tarnaud, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Giannoula Tsakitzidis, PhD, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Prof. Dr. Ilse Lamers, PhD, Universiteit Antwerpen

Prof. Dr. Liselot Thijs, PhD, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2026]

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.

Abstract

Context: Aspecifieke lage rugpijn(ALRP) is een veelvoorkomende en invaliderende aandoening die zowel op korte als lange termijn aanzienlijke impact heeft op de gezondheid van patiënten de werkomgeving , de kwaliteit van leven en het zorgsysteem. Studies tonen aan dat de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners binnen de revalidatie van lage rugpijn vaak beperkt is. Bij dit onderzoek wordt onderzocht hoe huisartsen en kinesitherapeuten de samenwerking ervaren en wat de invloed is van gezamenlijke casusbesprekingen op de samenwerking.

Onderzoeksvraag: Hoe ervaren huisartsen en kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn? En wat is de impact van gezamenlijke casusbesprekingen na patiëntverwijzingen? Hoe ervaren huisartsen en kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn na de interventieperiode?

Methode: Dit is een kwalitatief onderzoek met een interventie en een pre-post evaluatie. De interventie bestaat uit gezamenlijke casusbesprekingen tussen huisarts en kinesitherapeut betreffende een casus van aspecifieke lage rugpijn. Er vonden interviews plaats bij alle participanten afzonderlijk voor de interventie. De interviews bestaan uit semigestructureerde interviews waarin ervaringen en meningen worden gedeeld over de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten m.b.t. aspecifieke lage rugpijn. Na de interventie werden de deelnemende participanten opnieuw geïnterviewd. De data werden thematisch en inductief geanalyseerd.

Resultaten: Er namen zeven huisartsen en zes kinesitherapeuten deel aan dit onderzoek, zij werden allen geïnterviewd. Drie huisartsen en drie kinesitherapeuten namen deel aan een gezamenlijke casusbespreking. Daarna werden zij opnieuw geïnterviewd. De interprofessionele samenwerking wordt door zowel kinesitherapeuten als huisartsen als wisselend en zelfs vaak beperkt ervaren. Het hangt af van persoonlijke contacten en eerdere ervaringen. De communicatie verloopt voornamelijk via de patiënt. Voor de rest heerst er vooral onduidelijkheid over wat de beste manier is om te overleggen, de ene zorgverlener vindt bellen het gemakkelijkste en de andere vindt een app of mail of fysieke overlegmomenten het beste. Er lijkt meer nood te zijn aan uniformiteit en een gemeenschappelijk digitaal communicatieplatform. De aangehaalde barrières voor de interprofessionele samenwerking zijn vooral tijdsgebrek, beperkte bereikbaarheid en de drempel die ervaren wordt om contact op te nemen. De eventuele verbeterpunten zijn een gemeenschappelijk digitaal communicatieplatform en meer informatie op verwijsbrieven. Alle huisartsen en kinesitherapeuten die deelnamen aan dit onderzoek zijn het erover eens dat samenwerking beperkt moet blijven tot de complexere casuïstiek. De interventie met gezamenlijke casusbesprekingen verlaagde de drempel tot contact en werd door alle participanten die een casusbespreking hebben gedaan als een meerwaarde beschouwd.

Conclusie: Interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten bij aspecifieke lage rugpijn is vaak nog beperkt en zorgverleners ervaren veel barrières, zoals tijdsgebrek, moeilijke bereikbaarheid of de drempel om contact op te nemen. Gezamenlijke casusbesprekingen lijken een waardevolle interventie om de drempel tot contact te verlagen, de gewenste manier van communiceren en elkaars behandelvisie te bespreken. Gezamenlijke casusbesprekingen zijn een mogelijke interventie om de interprofessionele samenwerking te faciliteren.

Inhoudstabel

Inhoud

Abstract 3

Inleiding. 6

1.1 Intro 6

1.2 Achtergrond en Probleemstelling 7

1.3 Wat is aspecifieke lage rugpijn ? 8

1.4 Wat is de impact van aspecifieke lage rugpijn? 8

1.5 Wat is er al geweten? 9

1.6 Aspecifieke lage rugpijn en kinesitherapie 9

1.7 Interprofessionele samenwerking 10

2. Doelstelling 11

3. Onderzoeksvragen 12

4. Methodologie 13

4.1 Literatuurstudie 13

4.2 Studieopzet 13

4.3 Onderzoekspopulatie 13

4.4 In – en exclusiecriteria 14

4.5 Informed Consent 14

4.6 Interviews 15

4.6.1 Huisartsen 15

4.6.2 Kinesitherapeuten 15

4.6.3 Gezamenlijke casusbesprekingen 16

4.6.4 Interviews na de gezamenlijke casusbespreking 16

4.7 Dataverwerking 16

5 Resultaten 17

5.1 Karakteristieken van de participanten 17

5.2 Analyse 18

5.2.1 Percepties van interprofessionele samenwerking 19

5.2.2 Communicatie tussen disciplines 22

5.2.3 Barrières in de samenwerking 24

5.2.4 Verbeterpunten in de samenwerking 25

5.2.5 Inhoud van de samenwerking 27
5.2.6 Invloed van samenwerking 28
6. Discussie 31
6.1 Samenwerking is variabel en vaak beperkt 31
6.2 Communicatie verloopt vooral indirect 31
6.3 Belang van persoonlijke relaties 31
6.4 Autonomie , maar dezelfde behandelvisie 32
6.5 Barrières zijn vooral praktisch 32
6.6 Eventuele aanbevelingen 33
6.7 Vergelijking met de literatuur 33
6.8 Sterktes van dit onderzoek 34
6.9 Zwaktes van dit onderzoek 35
6.10 Relevantie 35
7.Conclusie 36
8. Dankwoord 36
Addendum 37

Inleiding.

1.1 Intro

Tijdens het uitvoeren van consulten in de huisartsenpraktijk als Huisarts in Opleiding (HAIO), heb ik zelf ervaren dat er veel patiënten zijn met lage rugklachten. Hierbij volg ik naar best vermogen medische richtlijnen, bijvoorbeeld deze van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg of de NHG-richtlijnen(1, 2). Over het algemeen heeft acute lage rugpijn een goede prognose, de richtlijnen bevelen als behandeling aan om de normale dagelijkse activiteiten te hervatten, bedrust te vermijden en eventueel ontstekingsremmers voor een korte periode te gebruiken(3). Uit onderzoek blijkt dat huisartsen en kinesitherapeuten vinden dat de richtlijnen te weinig informatie geven over de pathofysiologie van lage rugpijn en dat huisartsen niet denken dat ze de richtlijnen omtrent lage rugpijn consequent in dagelijkse praktijk kunnen toepassen (4).

Er zijn ernstige aandoeningen die lage rugpijn veroorzaken en die direct medisch handelen vereisen, zoals een verwijzing naar spoedgevallen/neurochirurgie of een technisch onderzoek nodig hebben zoals een MRI- scan. Enkele voorbeelden van zo'n aandoeningen zijn kanker met botmetastasen, het cauda equina syndroom, een vertebrafractuur, infectie, osteoporose, een structurele afwijking, een inflammatoire aandoening of een ernstige neurologische aandoening(2). Zo'n ernstige aandoening kan worden opgespoord door bepaalde elementen in de anamnese, bijvoorbeeld een voorgeschiedenis van een aorta aneurysma, of door bepaalde symptomen, zoals urineretentie, fecale incontinentie, wijdverspreide neurologische symptomen, progressieve neurologische symptomen en nog enkele meer. Deze bevindingen tijdens anamnese en symptomen worden 'rode vlaggen' genoemd en vereisen, afhankelijk van welke bevinding of symptoom, acuut dringend of minder dringend, actie(1, 2).

In de meeste gevallen is er echter geen rode vlag aanwezig tijdens anamnese en klinisch onderzoek en wordt er geen oorzaak gevonden voor de lage rugpijn en in dat geval is het beleid anders. Deze bestaat dan voornamelijk uit voorlichting en advies, opbouw van activiteiten a.d.h.v. een tijd contingente aanpak en oefentherapie(1). Een aanpak onder begeleiding van een kinesitherapeut, gericht op actief blijven en met een tijdsgebonden opbouw van de behandeling, heeft de voorkeur(1).

Ik stel vast dat het beleid dat ik voorstel, vooral in het kader van kinesitherapie, niet altijd nageleefd wordt door de patiënten. Daarnaast heb ik er geen zicht op hoe de kinesitherapeuten deze doorverwijzingen bekijken en hun idee van oorzaak overeenstemt met die van mij. Mijn samenwerking met kinesitherapeuten omtrent lage rugpijn is op dit moment beperkt tot nihil, aangezien het zich enkel beperkt tot het kinesitherapeutisch voorschrift. Graag wil ik uitpluizen hoe deze samenwerking geoptimaliseerd kan worden en hoe de verschillende partijen deze samenwerking ervaren. In de private sector is deze samenwerking ook nog niet veel onderzocht(5). Hoe kan de zorg voor patiënten met lage rugklachten beter opgevolgd worden door huisarts en kinesitherapeuten samen? Dat is iets wat ik graag wil onderzoeken.

1.2 Achtergrond en Probleemstelling

Aspecifieke lage rugpijn(ALRP) is een veelvoorkomende en invaliderende aandoening die zowel op korte als lange termijn aanzienlijke impact heeft op de gezondheid van patiënten, de werkomgeving , de kwaliteit van leven en het zorgsysteem(2). Lage rugpijn komt frequent voor: ongeveer 60 tot 90% van de westerse bevolking heeft ooit in zijn leven minstens één episode van aspecifieke lage rugpijn. In de eerstelijnszorg wordt een incidentie van 40,9 per 1000 patiënten per jaar gerapporteerd(1). In de algemene bevolking is de prevalentie nog hoger aangezien slechts de helft van de patiënten met lage rugpijn op consultatie gaat bij de huisarts(1).

Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met deze klacht, voor het bieden van gepersonaliseerd advies en het doorverwijzen naar passende zorg, zoals kinesitherapie(2). Echter, de complexiteit van ALRP, met de combinatie van lichamelijke, psychologische en sociale factoren, vraagt om een bredere, multidisciplinaire benadering(2). De rol van kinesitherapeuten in het management van deze aandoening, die gericht is op het verbeteren van de mobiliteit, pijnverlichting en het bevorderen van zelfmanagement, wordt steeds belangrijker(1-3).

Er is aangetoond dat interprofessionele samenwerking de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg verbetert en in het bijzonder hulpverleners helpt om complexe casussen en chronische ziekten te behandelen (6). Ondanks de erkenning van de voordelen van interprofessionele samenwerking in de zorg, blijkt uit verschillende studies dat de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten bij de behandeling van aspecifieke lage rugpijn vaak niet optimaal is**.** Naar de effecten van (bepaalde vormen van) samenwerking tussen zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn op de kwaliteit van de zorg is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht(1, 2, 7). Er is onvoldoende inzicht in de manier waarop deze samenwerking plaatsvindt, welke barrières er bestaan, en hoe de communicatie en het gedeelde besluitvormingsproces tussen huisartsen en kinesitherapeuten kunnen worden verbeterd om de zorg voor deze patiënten te optimaliseren(1, 2, 7, 8)**.**

Gezien het toenemende belang van een geïntegreerde zorgaanpak voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn, is het van essentieel belang om te begrijpen hoe huisartsen en kinesitherapeuten effectief kunnen samenwerken om onder andere betere behandelresultaten te behalen. Dit onderzoek zal zich richten op het identificeren van de sleutelcomponenten van een succesvolle interprofessionele samenwerking tussen deze twee beroepsgroepen, en zal aanbevelingen doen voor het verbeteren van de gezamenlijke zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn.

1.3 Wat is aspecifieke lage rugpijn ?

Aspecifieke lage rugpijn wordt gedefinieerd als pijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen duidelijke specifieke lichamelijke oorzaak kan worden vastgesteld(1). Lage rugpijn kan gepaard gaan met stijfheid, verhoogde spierspanning en uitstralende pijn naar de benen. Ongeveer 95% van de gevallen van acute lage rugpijn wordt als aspecifiek beschouwd(1). Verschillende richtlijnen focussen op de triage om aspecifieke lage rugpijn te onderscheiden van de zeldzame oorzaken van lage rugpijn die veroorzaakt worden door medisch ernstige pathologie en daarbij diagnostisch onderzoek en/ of verwijzing vereisen (9). Aspecifieke lage rugpijn heeft daarentegen geen bekende patho-anatomische oorzaak en daardoor is het beleid en de behandeling hieromtrent gefocust op pijnverlichting , rug educatie, oefentherapie en de gevolgen van de lage rugpijn, zoals bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid(9).Het is meestal een zelflimiterende aandoening die vanzelf over gaat zonder blijvende consequenties(1, 7).

1.4 Wat is de impact van aspecifieke lage rugpijn?

Aspecifieke lage rugpijn veroorzaakt meer invaliditeit dan enige andere aandoening op mondiaal niveau(10). Het treft mensen van alle leeftijden en is een belangrijke bijdrager aan de ziektelast wereldwijd(9). Het is op wereldschaal de grootste oorzaak van arbeidsongeschiktheid(11). Aspecifieke lage rugpijn is op medisch vlak vaak niet ernstig en evolueert meestal spontaan gunstig. Bij sommige patiënten kan de pijn echter chronisch, en soms zelfs invaliderend worden. Dat is zeer ernstig voor de patiënt, zijn familie en de maatschappij, mede omwille van de grote zorgconsumptie en het langdurige absenteïsme dat ermee gepaard gaat(7).

Aangezien de diagnose van aspecifieke lage rugpijn vastgesteld door de huisarts altijd onzeker is, wordt er vaak beroep gedaan op beeldvorming zoals een RX-, CT- en MRI-scan(2). Dat heeft voornamelijk als doel geruststelling voor zowel de patiënt als de arts. Bij afwezigheid van rode vlaggen, is het bewijs van het medische nut en de kosteneffectiviteit van beeldvorming nochtans beperkt en tegenstrijdig(2). Veel beeldvormingsonderzoeken tonen afwijkingen zoals bijvoorbeeld gewrichtsdegeneratie, waardoor patiënten een verband leggen tussen hun bestaande pijn en de afwijkingen die gevonden worden op beeldvorming. Echter is er geen bewijs dat deze afwijkingen de oorzaak zijn voor de bestaande klachten, aangezien soortgelijke afwijkingen ook worden gevonden bij mensen zonder klachten. In dat opzicht kan beeldvorming zelfs een iatrogeen effect hebben en patiënten bevestigen in hun overtuiging dat de klachten veroorzaakt worden door ernstige letsels aan de wervelkolom(2). Zo verslechtert medische beeldvorming met andere woorden de prognose in veel gevallen van aspecifieke lage rugpijn. Daarnaast mag men ook het risico voor de patiënt en de kosten voor de maatschappij van meervoudige bestralingen niet onderschatten(2). Beeldvorming heeft bij aspecifieke lage rugpijn weinig meerwaarde: er is geen duidelijke samenhang tussen eventuele afwijkingen op de beelden en de klachten van de patiënt, en de bevindingen leiden doorgaans niet tot een andere behandeling(1).

Het klinische verloop van lage rugpijn is vaak gunstig, waardoor veel patiënten weinig of geen formele medische zorg nodig hebben. Het overmatig gebruik van beeldvorming, opioïden en chirurgie blijft een wijdverbreid probleem(9).

1.5 Wat is er al geweten?

Aspecifieke lage rugpijn treft mensen van alle leeftijden en is een belangrijke bijdrage aan de ziektelast wereldwijd(9). Lage rugpijn werd aangetoond een groot probleem te zijn over de hele wereld, met de hoogste prevalentie onder vrouwelijke individuen en degenen in de leeftijd van 40-80 jaar(12). De gemiddelde prevalentie wordt geschat tussen 9,9 % en 13,9% en de prevalentie over één maand werd geschat tussen 20,3% en 26,3%(12). Eveneens is het een aandoening met een hoge recidiefkans(13). Naarmate de bevolking ouder wordt, zal het wereldwijde aantal individuen met lage rugpijn naar verwachting aanzienlijk toenemen in de komende decennia(12).

De last van lage rugpijn is veelzijdig en omvat onder meer pijn, beperkingen, belasting voor mantelzorgers, financiële lasten en het gebruik van gezondheidszorgmiddelen. In de Verenigde Staten worden de jaarlijkse directe kosten van lage rugpijn geschat op 100 miljard Amerikaanse dollar, en in Europa op 2 tot 4 miljard euro per jaar(14).

1.6 Aspecifieke lage rugpijn en kinesitherapie

Het is in België nog niet mogelijk om zonder verwijzing van de huisarts naar een kinesitherapeut te gaan(15). Wel is een mogelijkheid, dat op dit moment nog niet vaak wordt toegepast in de huisartsgeneeskunde, het laten uitvoeren van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek door een kinesitherapeut. Een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek kan worden uitgevoerd vooraleer een behandeling wordt voorgeschreven. Het consultatief onderzoek moet voorgeschreven zijn door de behandelende geneesheer. Het onderzoek is niet verplicht voor het voorschrijven, uitvoeren of terugbetalen van een behandeling. Na het onderzoek moeten de bevindingen van de kinesitherapeut en een voorstel voor een eventuele behandeling schriftelijk doorgeven worden aan de behandelende geneesheer (15). De arts op zijn beurt verwijst in zijn voorschrift voor kinesitherapiebehandeling naar het verslag van de kinesitherapeut (15).

Het voorschrift voor de behandeling moet niet verwijzen naar het consultatief onderzoek. Het consultatief onderzoek mag slechts één keer per pathologie worden aangerekend (courante, behandeling F-acuut of zware aandoening)(15).

Uit een masterproef van een Huisarts-in-opleiding uit de masterproef databank werd vastgesteld dat kinesitherapie onmiskenbaar is bij het beleid van aspecifieke lage rugpijn, het geeft een verbetering van de functionaliteit en zorgt voor een toename van een actieve en gezonde levensstijl en een afname in de mate van een ongeschiktheid als gevolg van aspecifieke lage rugpijn(13). Ook blijkt uit die masterproef dat huisartsen over het algemeen mogen vertrouwen op hun ‘Niet-pluisgevoel’ om patiënten naar de kinesitherapeut te verwijzen(13).

Vaak wordt er te snel beeldvorming voorgeschreven in de huisartsenpraktijk alvorens kinesitherapie wordt voorgesteld (2).

1.7 Interprofessionele samenwerking

Interprofessioneel samenwerken is gebaseerd op vijf bouwstenen(16). Interprofessioneel samenwerken binnen een zorgteam is niet altijd evident. Samenwerking van diverse disciplines vangt de steeds complexere zorgnoden op bij een groeiende groep patiënten(16). Interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn kan beschreven worden op basis van vijf bouwstenen: kennismaken, een zorgplan opstellen, reflectie en evaluatie, ethisch handelen en communicatie. Deze bouwstenen geven zorgteams inzicht in hun functioneren en geven richting voor opleiding, training en nascholing(16). Deze bouwstenen dienen als theoretisch kader om zowel de knelpunten als de sterke punten in de samenwerking tussen huisartsen en kinesisten te identificeren en inzichtelijk te maken.

Samenwerking en interprofessionele praktijken worden hoog gewaardeerd binnen gezondheidssystemen, omdat men denkt dat ze de zorguitkomsten verbeteren bij patiënten met complexe aandoeningen, zoals lage rugpijn. Kinesitherapeuten worden, net als andere zorgverleners, aangemoedigd om interprofessioneel samen te werken. Er is echter weinig bekend over hoe deze samenwerking er in de praktijk uitziet, vooral in de private sector(17).

2. Doelstelling

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om de ervaringen en opvattingen van huisartsen en kinesitherapeuten te verkennen met betrekking tot hun interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassenen (18-65 jaar) met aspecifieke lage rugpijn. Het onderzoek richt zich op het identificeren van de huidige standpunten over de samenwerking, de uitdagingen die ervaren worden en de efficiëntie van gezamenlijke zorg. In het bijzonder wordt onderzocht of en hoe het overleg tussen huisarts en kinesitherapeut, na een periode van samenwerking (door middel van gezamenlijke casusbesprekingen na een patiëntverwijzing), leidt tot veranderingen in de samenwerking.

In de eerste fase wordt een literatuurstudie uitgevoerd om te exploreren wat er reeds geweten is omtrent de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in het kader van begeleiding van patiënten met aspecifieke lage rugpijn. In de tweede fase van dit onderzoek wordt getracht een zicht te krijgen over ervaringen omtrent de samenwerking tussen de arts en kinesitherapeut in het kader van aspecifieke lage rugpijn.

Het doel is de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in het kader van aspecifieke lage rugpijn in kaart te brengen. Voor dit onderzoek moeten huisarts en kinesitherapeut interprofessioneel samenwerken en communiceren. Dat kan bevraagd worden op basis van de vijf bouwstenen van interprofessioneel samenwerken. Het onderzoek moet aanwijzen op welke manier huisartsen en kinesitherapeuten hun samenwerking en communicatie kunnen optimaliseren. Eveneens is het doel preventie van onnodige beeldvorming zoals MRI- en CT- scans, die enerzijds een grote kost zijn voor de samenleving en anderzijds de prognose in het kader van chronische pijnproblematiek verslechteren(2, 7).

De conclusie van dit onderzoek wordt kwalitatief weergegeven, gebaseerd op thema's die uit de uitspraken van de kinesitherapeuten en huisartsen naar voren komen.

3. Onderzoeksvragen

1. Hoe ervaren huisartsen en kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn?

    - Welke voordelen en uitdagingen zien zij in deze samenwerking?

2. Wat is de impact van gezamenlijke casusbesprekingen na patiëntverwijzingen?

    - Op vlak van communicatie?
    - Op vlak van samenwerking?
    - Op vlak van aangegeven barrières?

3. Hoe ervaren huisartsen en kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn NA de interventieperiode?

    - Welke voordelen en uitdagingen zien zij in deze samenwerking?
    - Welke andere invloeden worden aangegeven?
    - Welke veranderingen zien zij in deze samenwerking?

4. Methodologie

4.1 Literatuurstudie

Voor dat er huisartsen en kinesitherapeuten werden geïncludeerd in dit onderzoek en er semigestructureerde interviews werden opgesteld, werd er eerst in de literatuur gezocht wat er al geweten is rondom dit onderwerp. Hiervoor werd Pubmed gebruikt als database. De publicatiedata varieert van 1994 t.e.m. 2026 aangezien er voor de laatste 10 jaar slechts 11 artikels gevonden werden met de zoekopdracht. Zowel Nederlands – als Engelstalige artikels werden geïncludeerd. Er werd via MeSH termen naar relevante artikels gezocht. De gebruikte zoekstrategie via pubmed was: ((((((physiotherapist[MeSH Terms]) OR (physiotherapists[MeSH Terms])) AND (general practitioner[MeSH Terms])) OR (general practitioners[MeSH Terms])) AND (low back pain[MeSH Terms])) OR (lumbago[MeSH Terms])) AND (relations, interprofessional[MeSH Terms]).

Dit leverde 42 artikels op. Deze artikels werden eerst op basis van de titel en vervolgens op basis van het abstract gecontroleerd of ze relevant waren voor de onderzoeksvraag en indien niet, werden ze uitgesloten. Na deze exclusie bleven er 20 artikels over. Uiteindelijk werden de overgebleven artikels gescreend in volledige tekst. Daarnaast werden enkele artikels geïncludeerd uit aanbevelingen en richtlijnen. Via de referentielijst van enkele artikels werden ook nog extra publicaties geïncludeerd.

4.2 Studieopzet

Dit betreft een kwalitatieve studie met een interventie en pre-post evaluatie, waarbij de ervaringen en opvattingen van huisartsen en kinesitherapeuten omtrent hun interprofessionele samenwerking worden onderzocht vóór en na een interventie, bestaande uit gezamenlijke casusbesprekingen. Door middel van interviews voor en na de interventieperiode wordt inzicht verkregen in de percepties van beide beroepsgroepen over mogelijke veranderingen in de samenwerking, de patiëntenzorg en de eigen professionele praktijken. Deze kwalitatieve benadering laat toe om een meer diepgaand inzicht te verkrijgen in percepties, ervaringen en onderliggende betekenissen van samenwerking in de eerstelijnszorg.

4.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie berust op huisartsen en kinesitherapeuten die betrokken zijn bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn. Het betreft een heterogene doelgerichte steekproef met variatie in leeftijd, geslacht en praktijkervaring.

De steekproefgrootte lag op voorhand vast, bestaande uit zeven huisartsen verspreid over twee verschillende huisartspraktijken en zes kinesitherapeuten van één kinesitherapiepraktijk.

Er was per deelnemende huisartspraktijk een andere afspraak gemaakt qua participatie. Dit om het praktisch haalbaar te houden en de kans op deelname te verhogen. Bij de huisartsen van de eerste huisartspraktijk werd enkel een interview afgenomen over hun ervaring rond de samenwerking met kinesitherapeuten, algemeen en m.b.t. aspecifieke lage rugpijn. De interviews werden bij elke huisarts individueel afgenomen. Bij de huisartsen van de tweede huisartspraktijk en bij de kinesitherapeuten van de kinesitherapiepraktijk werd er eerst een algemeen interview afgenomen over hun ervaring rond de samenwerking, algemeen en m.b.t. aspecifieke lage rugpijn. Ook bij de huisartsen van de tweede praktijk en bij de kinesitherapeuten werd er bij iedereen individueel een interview afgenomen. Nadien werden er drie afzonderlijke casusbespreking gedaan door drie verschillende kinesitherapeuten en drie verschillende huisartsen over een casus van aspecifieke lage rugpijn. Deze drie casusbesprekingen vonden afzonderlijk van elkaar plaats en het betreft drie verschillende casussen. Een casusbespreking was steeds met één huisarts en één kinesitherapeut, namelijk de verwijzende huisarts en de behandelende kinesitherapeut. Na de casusbespreking werden de huisarts en kinesitherapeut gezamenlijk geïnterviewd. De vragen van de interviews en de topics van de casusbespreking zijn te vinden in respectievelijk bijlage 2 en 4.

4.4 In – en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Actief werkzaam als huisarts of kinesitherapeut
- Betrokken bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn
- Werkzaam binnen één van de deelnemende praktijken
- Bereidheid tot deelname aan het onderzoek en het afnemen van interviews
- In staat om geïnformeerde toestemming te geven

Exclusiecriteria:

- Niet actief werkzaam als huisarts of kinesitherapeut (bv. studenten, gepensioneerden)
- Geen betrokkenheid bij de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugpijn
- Niet werkzaam binnen de deelnemende praktijken
- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal om deel te nemen aan een interview
- Weigering of intrekking van geïnformeerde toestemming

4.5 Informed Consent

Het onderzoek is goedgekeurd door het medisch ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (Project ID 7336). Deelnemers werden geïnformeerd over de gehele studie en het verloop van de studie, hun rol en de mogelijkheid om zich op elk moment terug te trekken. Er werd toestemming gevraagd aan de participanten voor vrijwillige medewerking

aan het onderzoek en voor het verzamelen en verwerken van gegevens zoals beschreven in het informatiedocument. Deze worden anoniem en versleuteld bewaard op beveiligde servers van de Universiteit Antwerpen gedurende een periode van 20 jaar. Alle participanten kregen een inlichtingenblad en een toestemmingsformulier voor deelname aan onderzoek, dat door alle participanten werd ondertekend.

Om de privacy te waarborgen, werden alle gegevens gepseudonimiseerd. De participanten werden voorgelicht over de inhoud en het nut van het onderzoek en waren bereid om geïnterviewd te worden. Er werd door alle participanten toestemming gegeven voor het eventueel hergebruiken van hun geanonimiseerde gegevens voor later wetenschappelijk onderzoek, indien van toepassing. Alle gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en zijn alleen toegankelijk voor de onderzoekers.

Het onderzoek en het verzamelen van data gebeurde vooral in de tweede huisartspraktijk. Ook werden er huisartsen geïnterviewd in de eerste huisartspraktijk. Dit gebeurde tussen 25/02/2025 en 23/02/2026. De interviews werden allemaal afgenomen door mezelf en nadien door mezelf ad verbatim getranscribeerd.

4.6 Interviews

Er werden bij alle participanten afzonderlijk en op verschillende momenten semigestructureerde interviews afgenomen waarin ervaringen en meningen worden gedeeld over de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten m.b.t. aspecifieke lage rugpijn. Er werd begonnen met een lijst met open vragen, met ruimte voor flexibiliteit en spontane antwoorden. De structuur is dus deels vast, maar er is ruimte voor dieper ingaan op onderwerpen die naar voren komen tijdens het gesprek, deze lijst is terug te vinden in bijlage 2. Voor de interviews werd er steeds een half uur voorzien. De interviews werden, mits toestemming van de participanten, opgenomen met de opnamefunctie van een smartphone. De interviews vonden plaats op de huisartspraktijken en de kinesitherapiepraktijk. Nadien werden alle interviews ad verbatim getranscribeerd.

4.6.1 Huisartsen

De huisartsen werden door de onderzoeker gerekruteerd via een mondelinge uitnodiging, waarbij een korte toelichting werd gegeven over het doel en de opzet van het onderzoek.

4.6.2 Kinesitherapeuten

De interviews werden bij alle kinesitherapeuten afzonderlijk afgenomen in de praktijk van de kinesitherapeuten. De eerste kinesitherapeut werd gerekruteerd via een collega-huisarts. Na een initiële kennismaking werden, met toestemming van de deelnemers, de contactgegevens van andere kinesitherapeuten binnen dezelfde praktijk verkregen waarbij gebruik werd gemaakt van snowball sampling. Deze potentiële participanten werden vervolgens gecontacteerd met een korte toelichting over het doel en de opzet van het onderzoek.

4.6.3 Gezamenlijke casusbesprekingen

De gezamenlijke casusbesprekingen vonden alle drie plaats in de tweede huisartspraktijk. Na de eerste ronde interviews werd aan de kinesitherapeuten afzonderlijk gevraagd of zij een patiënt met aspecifieke lage rugpijn in behandeling hadden die door één van de deelnemende huisartsen was doorverwezen. Indien dit het geval was, werd nagegaan of zij bereid waren deze casus met de verwijzende huisarts te bespreken. Elke casusbespreking vond plaats tussen één huisarts en één kinesitherapeut, in aanwezigheid van de onderzoeker, die de gesprekken opnam en nadien ad verbatim transcribeerde.

4.6.4 Interviews na de gezamenlijke casusbespreking

De interviews na de casusbespreking vonden onmiddellijk aansluitend plaats met de deelnemende huisarts en kinesitherapeut.

4.7 Dataverwerking

Data werden verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews die mits toestemming van de participanten werden opgenomen. De opnames werden ad verbatim getranscribeerd en alle gegevens gepseudonimiseerd. Er werd gebruik gemaakt van een interviewgids gebaseerd op de onderzoeksvragen (bijlage 2), met aandacht voor: ervaringen met samenwerking, voordelen en uitdagingen, communicatie tussen disciplines, impact van samenwerking op patiëntenzorg en mogelijke verbeteringen. Tijdens de interviews werd ruimte gelaten voor exploratie en verdieping, waardoor deelnemers vrij hun ervaringen konden delen. De interviews werden individueel afgenomen en duurden gemiddeld tussen 20 en 45 minuten. Het softwareprogramma NVivo 15 werd gebruikt voor de codering .

Voor de data-analyse werden de fasen gevolgd van thematische analyse volgens Clarke en Braun(18). Er werd inductief te werk gegaan, dat wil zeggen dat de analyse werd geleid door de data (bottom-up). De eerste fase was familiair worden met de data. Na de transcriptie werden de interviews nog enkele keren doorgelezen waarbij nota's werden gemaakt. Het herhaaldelijk lezen heeft als doel om ideeën te vormen en mogelijke patronen te identificeren. Dit is een belangrijke stap, ondanks dat het tijdrovend is. In de tweede fase worden er initiële codes gemaakt, waarbij fragmenten van de tekst werden gecodeerd op basis van betekenisvolle eenheden, hierbij werd inductief te werk gegaan. Nadien werden deze codes geclusterd waarbij gelijkaardige codes werden samengevoegd en gegroepeerd om op zoek te gaan naar overkoepelende thema's, dit is fase drie. Fase vier houdt in dat de gevonden thema's kritisch worden geëvalueerd en verfijnd, hierbij is het belangrijk dat deze thema's de onderzoeksvragen beantwoorden. Nadien werden de thema's gedefinieerd en benoemd om vervolgens de resultaten te schrijven(18).

5 Resultaten

5.1 Karakteristieken van de participanten

Er participeerden zeven huisartsen, verspreid over twee praktijken en zes kinesitherapeuten van éénzelfde praktijk aan dit onderzoek. De karakteristieken van de participanten worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Karakteristieken van de participanten

Kenmerk	Huisartsen (n=7)	Kinesitherapeuten (n=6)
Praktijk(en)	2 praktijken (3+4)	1 praktijk
Geslacht	4 vrouwen, 3 mannen	2 vrouwen, 4 mannen
Praktijkervaring	4 > 10 jaar, 3 < 10 jaar	3 > 5 jaar, 3 < 5 jaar

Van de zes kinesitherapeuten behandelden drie tijdens de onderzoeksperiode één of meerdere patiënten met aspecifieke lage rugpijn. Dit resulteerde in drie casusbesprekingen. Er werd telkens een patiënt gekozen die doorverwezen werd door een andere huisarts om gezamenlijk te bespreken. Elke casusbespreking vond plaats tussen één huisarts en één kinesitherapeut, in aanwezigheid van de onderzoeker, die de gesprekken opnam en nadien ad verbatim transcribeerde. De kenmerken van de casusbesprekingen worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Kenmerken van de casusbesprekingen

Aantal casusbesprekingen	3
Betrokken huisartsen	3 verschillende
Betrokken kinesitherapeuten	3 verschillende
Aantal casussen	3 verschillende
Samenstelling per casus	1 huisarts + 1 kinesitherapeut
Type casus	Aspecifieke lage rugpijn

5.2 Analyse

Er werden zes grote thema's gevonden die verschillende onderwerpen behandelen: Percepties van interprofessionele samenwerking, communicatie tussen disciplines, barrières in de samenwerking, verbeterpunten in de samenwerking, inhoud van de samenwerking en de invloed van samenwerking. De thema's worden hieronder verder toegelicht en besproken.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste thema's en samenvatting van de belangrijkste bevindingen die uit de analyse van de interviews naar voren kwamen.

Tabel 3: Overzicht van de thema's en belangrijkste bevindingen

Thema	Samenvatting van belangrijkste bevindingen
Percepties van interprofessionele samenwerking	• Samenwerking wordt als wisselend ervaren en is sterk afhankelijk van de betrokken zorgverlener. • Zowel positieve als afwezige samenwerking worden gerapporteerd.
Communicatie tussen disciplines	• Communicatie verloopt voornamelijk indirect via de patiënt. • Directe communicatie is beperkt maar wordt als waardevol beschouwd. • Verschillende communicatiekanalen zorgen voor onduidelijkheid.
Barrières in de samenwerking	• Tijdsgebrek, beperkte bereikbaarheid en een drempel tot contact (o.a. vermijden van confrontatie) vormen de belangrijkste barrières. • Organisatorische en financiële factoren spelen ook een rol.
Verbeterpunten in de samenwerking	• Nood aan een uniform digitaal communicatieplatform. • Meer uitgebreide, relevante informatie bij doorverwijzing.
Inhoud van de samenwerking	• Voorbehouden voor complexe casuïstiek. • Focus op behandelstrategie en patiëntfactoren.
Invloed van samenwerking	• Casusbesprekingen verlagen de drempel tot contact. • Bevorderen wederzijds begrip. • Dragen bij aan een betere afstemming van behandelvisies tussen zorgverleners.

De analyse van de resultaten gebeurde met aandacht voor de vijf bouwstenen van interprofessionele samenwerking (kennismaken, zorgplan, reflectie en evaluatie, ethisch handelen en communicatie), zoals beschreven in de literatuur.

Binnen deze bouwstenen kwamen in de resultaten vooral aspecten van communicatie, reflectie en evaluatie, en het opstellen en afstemmen van een zorgplan naar voren. Ook het belang van elkaar kennen en persoonlijke relaties kwam duidelijk aan bod, terwijl ethisch handelen minder expliciet werd benoemd.

5.2.1 Percepties van interprofessionele samenwerking

Zowel de huisartsen als kinesitherapeuten gaven aan dat hun ervaringen met interprofessionele samenwerking niet verschillen naargelang de pathologie, maar vergelijkbaar zijn voor uiteenlopende aandoeningen, zoals aspecifieke lage rugpijn en andere musculoskeletale aandoeningen.

5.2.1.1 Positieve ervaring omtrent samenwerking

Verschillende huisartsen en kinesitherapeuten geven aan dat ze de samenwerking “wel goed” ervaren, zonder dit verder te specificeren of te illustreren met concrete voorbeelden. Daarnaast geven verschillende participanten aan dat de ervaren samenwerking afhankelijk is van de betrokken zorgverlener. Verschillende participanten geven aan dat de samenwerking vooral ingezet wordt wanneer ze ook effectief relevant of nodig wordt bevonden.

“Dus de samenwerking, hoe ik die ervaar, is positief, maar heel afhankelijk van welke kinesitherapeut het is. Er zijn kiné’s die je nooit hoort en kiné’s die je regelmatig hoort.”(Huisarts 7)

Eén kinesitherapeut ervaart de samenwerking ook als positief, maar benoemt wel dat de samenwerking als het ware een evolutie heeft meegemaakt ten opzichte van vroeger, in die zin dat de drempel lager is om samen te werken met artsen.

“Goh, over het algemeen vrij goed. In die zin dat er wel, vind ik ten opzichte van vroeger , en dan spreek ik, ik mag dat al zeggen, met een leeftijd van 52 jaar, dat er wel een grote evolutie is in de manier van communiceren met de artsen. Waarbij vroeger echt die hiërarchie er heel hard was, merk ik nu de laatste jaren dat dat wel met huisartsen en specialisten eigenlijk heel dicht naar elkaar komt en dat er echt wel een makkelijk overleg kan gepleegd worden indien nodig.” (Kinesitherapeut 1)

5.2.1.2 Onduidelijke tot afwezige samenwerking

Er zijn verschillende participanten die vinden dat de samenwerking op dit moment beperkt tot zelfs afwezig is. Twee huisartsen geven aan dat er geen samenwerking is, twee andere huisartsen zeggen dat dit erg varieert van met welke kinesitherapeut ze samenwerken, zonder te specifiëren wat dit verschil precies was of wat de oorzaak van die discrepantie kon zijn. Ook twee kinesitherapeuten vermelden dat er weinig tot geen samenwerking aanwezig is, twee

andere kinesitherapeuten benoemen ook dat dit varieert van arts tot arts, zonder verder te verduidelijken.

“De samenwerking met kinesisten, goh, ik vind het een klein beetje lastig omdat ik niet het gevoel heb dat er echt een hele duidelijke samenwerking is.” (Huisarts 1)

“Dus ja de samenwerking is niet goed denk ik, afwezig.” (Kinesitherapeut 5)

“Ik werk graag samen met kiné’s, maar de vraag is: is er echt een samenwerking?” (Huisarts 2)

5.2.1.3 Respect voor professionele autonomie

Iedereen is het erover eens dat het belangrijk is om elkaars autonomie te respecteren. Alle kinesitherapeuten geven aan dat ze ervaren dat ze over het algemeen vrij worden gelaten op welke manier ze gaan behandelen en dat ze dat als positief ervaren. Ook verschillende huisartsen geven aan dat ze het niet hun taak vinden om te zeggen hoe de kinesitherapeuten hun werk moeten doen.

“Wij schrijven ook niet meer voor wat een kinesist moet doen, vroeger moesten we op een kinevoorschrift zeggen van je moet dat en dat en dat doen en nu kunnen we het heel breed houden en het is aan de kinesist om te beoordelen welke behandeling het beste zou zijn voor het probleem.” (Huisarts 1)

“Soms heel summier, wat ik anderzijds ook wel snap, want dan begin je wel met een propere lei, begin je met een propere kijk, soms ook wel heel goed.” (Kinesitherapeut 2)

“We krijgen daar, merk ik, veel vrijheid in, omdat meestal een doorverwijzing, zien wij ook wel als het begin van een onderzoek.” (Kinesitherapeut 3)

Langs de andere kant geven verschillende huisartsen aan dat ze het belangrijk vinden vertrouwen te hebben in de kinesitherapeuten, hun aanpak te kennen en dat deze ook overeenkomt met hun eigen visie op de behandeling, bijvoorbeeld actieve oefentherapie versus meer passieve behandelingen. Meerdere huisartsen vermelden dat ze vragen aan de patiënt wat de kinesitherapeut doet en tegen de patiënten zeggen wat ze verwachten dat de kinesitherapeut doet. Eén huisarts geeft aan specifiek te benoemen naar welke kinesitherapeut de patiënten moeten gaan. Vier huisartsen haalden aan dat ze het al hebben meegemaakt dat er een conflict was tussen de behandelvisie van de huisarts en de kinesitherapeut, dat ze dit als problematisch ervaarden en niet meer naar de kinesitherapeut in kwestie verwezen. Langs de andere kant was er ook een kinesitherapeut die benoemt dat het erg vervelend is als er op een kinesitherapievoorschrift “massage” staat bij de behandelingen, omdat dit niet diens visie is over hoe er behandeld moet worden en dit niet conform de richtlijnen is. Conflicterende behandelvisies wordt door de meeste participanten als problematisch ervaren, omdat dit ook voor verwarring zorgt bij de patiënt en diens vertrouwen in de gezondheidszorg kan schaden.

“Dus ik geef op voorhand wel aan wat we verwachten en waarom ik naar een kinesist stuur” (Huisarts 7)

“Als je als arts A zegt en de kiné zegt B, kan ik mij voorstellen dat het voor de patiënt verwarrend kan zijn.” (Huisarts 2)

“Grootste uitdagingen, geen kinesisten van in de buurt per se, maar als er een magisch element is verbonden aan de kinesitherapie, zoals niet echt oefengerichte toestanden, alternatieve dingen, dat geeft wel een bepaalde drempel.” (Huisarts 6)

“De ene kinesist doet effectief oefeningen en dergelijke, of die doet een beetje manuele en dan oefeningen. Maar er zijn hier ook in de regio die een plakker op plakken, de TENS-therapie, ik weet niet of je dat kent. T-E-N-S zo dergelijke dat zijn zo lichte elektro dingen dat ze dan op de onderrug zetten, die liggen daar een half uur, ja en dan zeg ik dat heeft denk ik niet zoveel zin om daarmee verder te gaan.” (Huisarts 2)

“Vooral als er iets staat van functionele revalidatie of zo, omdat dat een redelijk breed aspect is en waar ik ook denk dat dat bij aspecifieke lage rugklachten het meest gericht is om op te schrijven. In plaats van mobilisatie en massagetherapie. Dan zijn patiënten toch al zo wat gericht van: oké, ik ga hier gemasseerd worden. Terwijl dat juist een beetje het andere is waar je dan naartoe wilt. En daar merk je dan soms nog wel wat weerstand of zo. “De dokter zegt hier dat ik gemasseerd ga worden en dat zijn we niet aan het doen.”” (Kinesitherapeut 4)

5.2.1.4 Invloed van persoonlijke relaties op samenwerking

Daarnaast wordt ook ervaren dat de kwaliteit van samenwerking sterk afhankelijk is van persoonlijke relaties tussen zorgverleners. Wanneer de zorgverleners elkaar al (persoonlijk) kennen, wordt de samenwerking als vlotter en laagdrempeliger ervaren. Langs de andere kant was er ook een kinesitherapeut die zei dat als die een slechte ervaring heeft met naar een bepaalde huisarts te bellen, dat dat een drempel vormt voor in de toekomst opnieuw contact op te nemen.

“Zowel elkaar effe kennen, ik vind het een ongelooflijke meerwaarde, het feit dat ge de kinesisten kent en weet waarvoor die staan, ja, vergemakkelijkt sowieso de samenwerking.” (Huisarts 5)

“ Wat wij nu doen, rechtstreeks contact hebben met de kinesist, en dat werkt wel het beste als je de kine kent. Dat is hetzelfde als je een specialist al eens gezien hebt of overleg mee hebt gehad, dat werkt gewoon bevorderlijk.” (Huisarts 4)

“Huisartsen waar je al connectie mee hebt, zoals huisartsen hier bijvoorbeeld of die van Thuis van de Zorg. Daar heb ik redelijk goed contact mee en dan is het ook wel gemakkelijker om daar een overleg mee te plegen. Omdat je mensen kent, je kunt er een gezicht op plakken, je weet een beetje waaraan en waaraf. En dan is het ook makkelijker om die stap te zetten om eens een keer te bellen of te weten als ze iets op een voorschrift zetten, wat ze er eigenlijk mee bedoelen. Maar met artsen van meer buitenaf, waar je niet echt contact mee hebt, vind

ik die grens wel een heel stuk moeilijker om daar contact mee op te nemen.” (Kinesitherapeut 2)

5.2.2 Communicatie tussen disciplines

De participanten gaven aan dat de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten op verschillende manieren gebeurt. Daarbij maakten zij onderscheid tussen indirecte communicatie, waarbij de communicatie verloopt via de patiënt, en directe communicatie, waarbij de zorgverleners rechtstreeks communiceren met elkaar. De mogelijkheden van directe communicatie die werden besproken zijn elkaar bellen, een verslag of verwijsbrief schrijven, berichten sturen, mails sturen en fysiek bij elkaar komen voor overleg.

5.2.2.1 Communicatie via de patiënt

Bijna alle participanten gaven aan dat de meeste communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut indirect gebeurt via de patiënt. Over het algemeen vonden de zorgverleners dit niet ideaal, omdat informatie verloren kan gaan of verkeerd geïnterpreteerd kan worden. Verschillende huisartsen en alle kinesitherapeuten zagen een meerwaarde in directe communicatie tussen de twee beroepsgroepen.

“Dus bijna nooit rechtstreeks via de kinesist. Ik denk dat ik rechtstreeks via de kinesist misschien één keer per jaar een mail of een telefoon krijg.” (Huisarts 2)

“Beperkt wel. Er zou misschien een beter overleg kunnen zijn, maar eigenlijk verloopt de communicatie met de kinesist gewoon via de patiënt.” (Huisarts 3)

“Gewoon geen miscommunicatie. Want als alles via de patiënt verloopt, dan wordt dat weer op een andere manier geïnterpreteerd. Ik denk dat dat veel duidelijker is als het in één richting kan verlopen zonder tussenwegen.” (Kinesitherapeut 6)

Langs de andere kant was er één huisarts die geen meerwaarde zag in communicatie met kinesitherapeuten. Die huisarts vertelde dat als een probleem niet opgelost geraakt, de reflex eerder is om naar specialistische geneeskunde, zoals fysische geneeskunde, door te verwijzen in plaats van met de behandelende kinesitherapeut te overleggen.

“Ik bel niet naar een kinesist omdat ik ze toch doorverwijs, wat is de meerwaarde? Als ik het als arts ook niet meer weet, dan is mijn reflex om door te sturen naar fysische geneeskunde, maar misschien is dat een verkeerde reflex, misschien moet ik dan inderdaad eens bellen met de kinesist en in 2e lijn doorsturen naar fysische geneeskunde.” (Huisarts 1)

5.2.2.2 Voorkeuren en onzekerheden in communicatiekanalen

Er zijn veel verschillende kanalen hoe communicatie tussen zorgverleners kan plaatsvinden. Bellen, mailen, korte overlegmomenten, via de Siilo-app en via een verslag zijn de meest genoemde vormen van directe communicatie. Drie kinesitherapeuten benoemen dat ze het moeilijk vinden om te kiezen wat de beste manier is. Eén huisarts vertelt ook te begrijpen dat het voor kinesitherapeuten onduidelijk kan zijn op welke manier ze contact met huisartsen moeten leggen. Er lijkt hier behoefte te zijn aan uniformiteit, eenduidigheid, dat wordt later

verder besproken onder de verbeterpunten van de samenwerking. Op dit moment vonden de meeste zorgverleners bellen de gemakkelijkste manier om direct te kunnen communiceren met elkaar.

“Goh, ja, net zoals ik al zei: eerder de communicatie zelf. De manier van communiceren. Omdat er heel veel verschillende manieren op zich ook wel zijn om te communiceren. Dus er zit heel weinig eenduidigheid in. Soms is het een telefoontje, soms is het toch eens een verslag. Je hebt de Sillo-app, ik denk dat je die kent. Ik gebruik dat zelf niet superveel, maar er zijn wel verschillende opties.” (Kinesitherapeut 6)

“Maar ik kan mij voorstellen dat het voor hen ook niet altijd even duidelijk is hoe zij ons moeten bereiken op een vlotte manier.” (Huisarts 2)

5.2.2.3 Beperkte terugkoppeling tussen zorgverleners.

Ondanks dat het belang van interprofessionele communicatie door bijna alle participanten wordt erkend, menen meerdere huisartsen dat er te weinig feedback wordt gegeven of aan terugkoppeling wordt gedaan na een behandeling. Kinesitherapeuten bevestigden dit, en gaven aan dat feedback meestal enkel gebeurt bij problemen of een afwijkend verloop. Toch werd door beide groepen de waarde van feedback erkend, vooral bij onzekerheid of complexe casuïstiek. Een huisarts vertelt dat hij graag bij elke patiënt na X aantal sessies een kort verslag zou zien van de kinesitherapeut. Langs de andere kant benoemen verschillende kinesitherapeuten dat een verslag opmaken tijdrovend is en er geen vergoeding voor bestaat. Een kinesitherapeut haalt daarbij aan dat die nooit feedback terug krijgt van de huisarts als die een verslag maakt. Een andere kinesitherapeut geeft aan het moeilijk te vinden om feedback te geven als de diagnose of het behandelplan niet overeenstemt met hun eigen visie.

“Dus als we een patiënt terugsturen, al is het voor een verlenging van een voorschrift, dat we dat best ook wel kaderen. En ja, gezien tijdsgebrek soms en de drukte in de praktijk, gebeurt dat soms te weinig, van onze kant uit.” (Kinesitherapeut 3)

“Verslagen tijdrovend, lastig. We hebben er eigenlijk ook niks van vergoeding voor.” (Kinesitherapeut 2)

“Op ons voorschriftje staat wel een diagnose en een voorstel van behandeling en ik geef oefeningen mee dus ik doe daar mijn stuk maar ik krijg nooit feedback terug. Weinig toch.” (Huisarts 3)

“Feedback geven vind ik soms moeilijk als de huisarts bijvoorbeeld iets heel algemeen opschrijft en het uiteindelijk toch over een andere klacht blijkt te gaan. Om dan feedback te geven vind ik dat soms lastig. Omdat ik niet op iemands tenen wil trappen, ik wil ook niet betweterig overkomen.” (Kinesitherapeut 6)

5.2.3 Barrières in de samenwerking

De participanten melden meerdere factoren of barrières die de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten bemoeilijkt. De meest voorkomende barrières die werden gemeld zijn tijdsgebrek, bereikbaarheid en het vermijden van confrontatie. Andere barrières die kort aan bod kwamen, waren dat door beroepsgeheim er soms te beperkte informatie op de verwijzing staat, dat kinesitherapeuten niet in het medisch dossier van de patiënt kunnen en het financiële aspect, met name dat er geen vergoedingen bestaan voor overleg en verslagen.

5.2.3.1 Tijdsgebrek als barrière

Alle deelnemers hebben tijdsgebrek benoemd als reden waarom er beperkte samenwerking is. Ze geven aan dat veel vormen van interprofessioneel samenwerken tijdrovend zijn en wensen een efficiënte manier.

“Maar dan anderzijds ook wel een beetje soms de tijd die je er kunt insteken. Je bent continu zelf ook met patiënten bezig, jullie als huisartsen uiteraard ook continu bezig. Wat is zo’n geschikt moment om contact op te nemen?” (Kinesitherapeut 2)

“Ik ga er eigenlijk een beetje van uit het drukke momenten zijn voor iedereen en als ge ze niet terug hoort of ziet, dat het terug loopt.” (Huisarts 5)

5.2.3.2 Moeilijke bereikbaarheid als barrière

Hand in hand met tijdsgebrek wordt ook bereikbaarheid van zorgverleners als grote barrière in de samenwerking benoemd door verschillende participanten van beide beroepsgroepen. Er wordt benoemd dat zorgverleners vaak in consult zijn wanneer ze bereikt moeten worden en dat er geen respons komt op berichten, mails en verslagen.

“Überhaupt hoe? Ja naar de praktijk bellen. Vaak moeilijk bereikbaar. Ze zijn dan in een consult, “we gaan terugbellen.”, je bent dan zelf met een consult bezig. Dat loopt toch wel een stuk moeilijker, denk ik.” (Kinesitherapeut 2)

“Jullie zijn ook niet altijd bereikbaar, wij zijn ook niet altijd bereikbaar. Dus soms is dat wel moeilijk om telefonisch contact op te nemen.” (Kinesitherapeut 6)

“Ze nemen ook niet altijd op hé, ze zijn altijd bezig, hetzelfde als wij.” (Huisarts 3)

5.2.3.3 Drempel om te contacteren als barrière

Een bijkomende barrière die wordt genoemd betreft de drempel om contact op te nemen, weliswaar het willen vermijden van confrontatie. Kinesitherapeuten gaven aan dat zij soms terughoudend zijn om artsen te contacteren, onder andere door onzekerheid of eerdere negatieve ervaringen. Eén huisarts had ook specifiek benoemd dat die denkt dat dit een barrière kan zijn voor kinesitherapeuten en maakte daarbij de vergelijking met dat het voor huisartsen soms ook een drempel is om naar bepaalde specialisten te bellen omwille van voorgaande negatieve ervaringen. Een kinesitherapeut benoemde ook dat die het moeilijk

vindt om contact op te nemen om de ander niet te willen storen, aangezien de ander ook regelmatig in consultatie zit.

“ Ik denk dat het omgekeerd ook voor sommige kinesisten misschien een drempel is van ‘how, zou ik hiervoor wel durven bellen’ Ik denk dat er ook wel huisartsen zijn die er niet mee gediend zijn met feedback” (Huisarts 7)

“ Soms merk ik als kinesist dat ik mij een beetje inhoud om niemand tegen de borst te stoten of iemand in vraag te stellen. Totaal niet wat je wilt uitschijnen, maar dat is wel soms wat er gebeurt als je je eigen bevindingen deelt.” (Kinesitherapeut 4)

5.2.4 Verbeterpunten in de samenwerking

Uit de interviews komen ook een aantal punten die de samenwerking zouden kunnen verbeteren tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Verschillende suggesties werden gedaan door beide beroepsgroepen. De aangehaalde verbeterpunten zijn goed te kaderen als gevolg van de aangegeven barrières tijdsgebrek en moeilijke bereikbaarheid. In verschillende interviews kwam de behoefte aan een gemeenschappelijk digitaal communicatieplatform aan bod. Huisartsen wouden over het algemeen meer terugkoppeling krijgen, in de vorm van een verslag of telefonisch. Langs de andere kant vonden alle kinesitherapeuten dat het nuttig zou zijn als er meer medische informatie op de verwijsbrief zou staan.

5.2.4.1 Behoefte aan een gemeenschappelijk digitaal communicatieplatform

Er werd al eerder vermeld dat er onzekerheid bestaat over welke manier van communiceren de meest gewenste manier is. Twee huisartsen en vijf kinesitherapeuten geven aan dat ze graag een digitaal platform zouden hebben waarin ze rechtstreeks kunnen communiceren met elkaar.

“Ik denk dat het heel nuttig zou zijn als er bijvoorbeeld een platform zou zijn waarin artsen en kine’s gewoon rechtstreeks kunnen communiceren. Dat je bijvoorbeeld als arts een kleine nota kunt maken van dat en dat probleem, en dat je dan als kine gemakkelijk een verslag kunt sturen of een terugkoppeling kunt geven. Dat zou wel handig zijn.” (Huisarts 2)

“ In een ideale wereld is er één platform waar dat iedereen, elke specialist, huisarts en kinesist met elkaar kan communiceren, een beetje wat de Siilo nu wel probeert te bereiken.” (Huisarts 7)

“Jullie zouden daar in onze verslagen moeten kunnen kijken en vice versa, maar we hebben eigenlijk nog niet zo’n platform. Dat bestaat nog niet.” (Kinesitherapeut 5)

Een huisarts wijst op het gevaar van een app om met elkaar te communiceren om dat dan de grens tussen werk en privé zou kunnen vervagen, omdat je dan na de uren op die app vragen kan stellen en antwoorden.

“Langs de andere kant vind ik het wel goed met de telefoon, want met zo’n app, daar zou je wel eens naar durven kijken na de werkuren en dat is in onze job vaak wel dat je na de werkuren nog iets doet, maar het is toch wel beter denk ik, want anders denk ik dat de grenzen tussen vrije tijd en werkuren wat vervagen.” (Huisarts 6)

5.2.4.2 Behoefte aan uitgebreidere medische informatie bij doorverwijzing

Opvallend is dat alle kinesitherapeuten vinden dat de kwaliteit van de doorverwijzing en medische informatie die op de verwijsbrieven staat te summier of te beperkt is. Ze geven aan dat zij door de beperkte informatie op het kinesitherapievoorschrift veel tijd verliezen aan het verzamelen van informatie. Er is duidelijke vraag naar relevante klinische informatie op het voorschrift. Alle kinesitherapeuten zien een meerwaarde in uitgebreidere, relevante informatie zoals reeds gebeurde beeldvorming, medicatie-inname van de patiënt, relevante medische aandoeningen zoals diabetes, begeleidende factoren zoals psychologische problemen of slechte financiële situatie. Twee kinesitherapeuten vertelden dat ze graag differentiaaldiagnostiek van artsen op het voorschrift zien. Een kinesitherapeut gaf aan dat het handig zou zijn als er, weliswaar beperkte, toegang zou zijn tot het medisch dossier van de patiënt. Langs de andere kant benoemt een huisarts dat een kinesitherapeut niet moet weten dat een patiënt met een tenniselleboog levercirrose heeft.

“Dat zou bijvoorbeeld ook wel iets heel nuttigs zijn, idealiter dat we daar—ik zeg niet dat wij aan heel het medisch dossier van de patiënt moeten kunnen—maar we moeten daar ergens, via een digitale manier, dat ge zegt voor specifieke dingen, dat we daar wel aan kunnen om toch eens die beeldvorming te bekijken, dat we op de hoogte zijn van wat er eventueel al van structurele problemen is gevonden, die al of niet in relatie staan met de klachten.” (Kinesitherapeut 1)

“Als je soms wat informatie mist, achtergrondinformatie van de patiënt, je krijgt je voorschriftje, ik zou nu zeggen, lage rugpijn, oké, je start redelijk van nul, de patiënt, dus iemand dat je bijvoorbeeld nieuw ziet, ja, je moet dat er allemaal terug gaan uitsleuren en je weet niet wat heel die voorgeschiedenis al is.” (Kinesitherapeut 2)

“In veel opzichten vind ik dat dat vaak wel uitgebreider mag gecommuniceerd worden, maar misschien meer vanuit een optiek van onderzoek. Het is altijd fijn om een beetje een differentiaaldiagnostiek te zien.” (Kinesitherapeut 3)

“Ik zou het wel fijn vinden, denk ik, om ook jullie bevindingen daarin te zien. Dat dat dan misschien iets specifieker is.” (Kinesitherapeut 4)

“Ik ben met die intake zo lang bezig want ik moet altijd vissen uit de patiënt, omdat je bezig bent met die voorgeschiedenis. Terwijl, als je dat gewoon op voorhand zou meekrijgen, eigenlijk in een verwijsbrief, dat zou handig zijn en tijd besparen.” (Kinesitherapeut 5)

“Dat zou wel handig zijn. Bijvoorbeeld de voorgeschiedenis en de medicatie. Dat moet nu niet in detail uitgelegd zijn, maar dat gebeurt niet standaard.” (Kinesitherapeut 6)

5.2.5 Inhoud van de samenwerking

Als we het hebben over interprofessionele samenwerking, waarbij we inzoomen op overleg en communicatie, is het niet onbelangrijk om even de focus te leggen waarover juist overlegd kan worden. Als we gaan kijken naar waarover juist overlegd kan worden, dan zijn de belangrijkste topics die aan bod komen een korte casussamenvatting, behandelstrategie, individuele patiëntfactoren of biopsychosociale factoren, prognose, werkhervatting, nood aan bijkomend onderzoek, medicatiegebruik en eventuele verlengingen. Verder wordt er door de participanten een onderscheid gemaakt tussen complexe en eenvoudigere casussen. Eén huisarts en één kinesitherapeut bespreken ook hoe huisarts en kinesitherapeut mogelijks zouden kunnen samenwerken in preventie van klachten.

5.2.5.1 Overleg voorbehouden voor complexe casuïstiek

Alle huisartsen en kinesitherapeuten vinden dat overleg vooral nuttig is bij complexere casuïstiek, waar zich een probleem vormt. Bij de klassieke problemen die opgelost geraken binnen het aantal voorgeschreven kinesitherapiebeurten, zien de meeste participanten niet de meerwaarde. Twee kinesitherapeuten en één huisarts zien hier wel een meerwaarde in, maar denken dat dit niet realistisch is qua tijdsbesteding. Eén kinesitherapeut haalt de mogelijkheid aan om een half uur per week bijvoorbeeld af te bakenen, om alle doorverwezen patiënten te overlopen. Een andere kinesitherapeut meent dat er ook een meerwaarde zou zijn indien huisartsen en kinesitherapeuten samen komen voor wat te overleggen met elkaar, niet uitsluitend over patiënten, maar ook over het klinische stuk. Eén huisarts benoemt meer waarde te zien in een groter multidisciplinair overleg, bestaande uit huisarts, kinesitherapeut, fysische geneesheer en psycholoog en benadrukt hierbij het belang om elks dezelfde behandelvisie te hebben.

“Ik denk dat dat haalbaar kan zijn, al weet ik niet goed of het voor gewone lumbalgie, dat gaat iets tijdrovend zijn en dan weet ik niet of dat dat een ongelooflijke must is als ge weet waarvoor uw kinesist staat en de kinesist weet van u waarvoor dat gij wilt staan.” (Huisarts 5)

“Ik denk dat dat vooral voor de complexere pathologieën is, voor lage rugpijn is dat minder noodzakelijk, tenzij zij dat zelf aangeven.” (Huisarts 7)

“Moet dat bij iedereen gebeuren? Dat denk ik niet. Iedereen heeft maar zoveel tijd op een dag.” (Kinesitherapeut 1)

“Als we echt patiënten hebben met een invaliderende chronische pijnproblematiek. Dan vind ik dat we een multidisciplinair overleg moeten hebben. Pijnkliniek, misschien arts van de fysieke geneeskunde, kinesisten, wij en een psycholoog. Ik denk dat echt wel dat die vijf actoren zijn die verantwoordelijk zijn voor de patiënten die ook een verschil kunnen maken. Wij moeten ook allemaal in dezelfde richting kijken. Ik denk dat dat vertrouwen geeft naar de patiënten toe. Van oké ze nemen me hier serieus en ze bekijken het totaalplaatje.” (Huisarts 1)

5.2.5.2 Samenwerking in preventie

Eén huisarts en één kinesitherapeut haalden aan dat ze mogelijkheden zien om samen te werken in preventie. Het idee dat tweemaal werd aangehaald is dat er een groep wordt samengesteld van patiënten met lage rugklachten of risicofactoren om chronische lage rugklachten te ontwikkelen, die baat zouden hebben bij meer beweging. Dat deze groep vervolgens educatie en oefentherapie kunnen volgen bij de kinesitherapeut en dat er steeds patiënten kunnen worden toegevoegd aan die lijst van patiënten. De huisarts vertelde dat hij eens zo'n sessie had gedaan samen met een kinesitherapeut rond valpreventie en dat dit wel degelijk zijn vruchten heeft afgeworpen.

"We hadden een 30-tal patiënten die risicofactoren hadden rond vallen, vooral ouderen, slaapmedicatie, alleenwonenden en die zaken en dan hebben we die een bijscholing gegeven samen met een kinesist om die samen oefeningen aan te leren. Bijvoorbeeld de helft wou niet luisteren toen we zeiden om tapijten weg te nemen, maar als ze het van een kinesist hoorde en dat die dan voorbeelden toonde via een PowerPoint en oefeningen, heeft de helft toch wel zijn tapijten weggelegd." (Huisarts 7)

"We hebben een aantal mensen met aspecifieke lage rugklachten die vooral moeten bewegen. Dat we die groeperen en daar een gezamenlijk programma voor starten. Dat we zeggen zoveel keer per jaar starten we met een programma lage rugklachten. Specifiek: wat theorie, ergonomie, kort overzicht: zo ziet de wervelkolom eruit, een beetje typische rugscholing. En dat we dan zonder dat we altijd die 36 beurten naar het ziekenhuis moeten sturen, voor typische rugscholing, met een aantal groep sessies met kleine groepen van vier à vijf personen, oefentherapie, coretraining, algemeen. Dat lijkt me zeer nuttig, ge hebt een aantal mensen die in dezelfde problematiek zitten." (Kinesitherapeut 1)

5.2.6 Invloed van samenwerking

Van de zes kinesitherapeuten behandelden drie tijdens de onderzoeksperiode één of meerdere patiënten met aspecifieke lage rugpijn. Zij waren alle drie bereid om een casusbespreking te doen over een patiënt met de verwijzende arts. Er vonden dus drie casusbesprekingen plaats tussen drie verschillende huisartsen van de tweede praktijk en drie verschillende kinesitherapeuten. Tijdens de casusbesprekingen kwam telkens aan bod: de initiële klacht, de reden van verwijzing, de huidige klachten en het huidige functioneren, eventuele nood aan beeldvorming, begeleidende patiëntfactoren (bijvoorbeeld catastroferende gedachten, bewegingsangst, …), de kwaliteit van de verwijzing/ verwijsbrief, de behandeling, de behandelvisie en het toekomstperspectief. (Zie bijlage 4)

Er kwamen twee onderwerpen in elk interview na de casusbespreking terug die hieronder verder toegelicht worden.

5.2.6.1 Verlaging van de drempel tot contact na casusbespreking

Alle huisartsen en kinesitherapeuten die een casusbespreking hebben gedaan, geven aan dat de drempel om elkaar te contacteren daalt nadat er een casus fysiek werd besproken.

"Ik denk wel dat nu we elkaar gezien hebben en een casus besproken hebben dat de drempel om elkaar te contacteren lager is in de toekomst. Ik denk dat dit ook wel algemeen is. Toen ik startte in de praktijk, vond ik het heel beangstigend om naar de dokter te bellen, maar ja dat is eigenlijk voor niets nodig, want nu gaat dat eigenlijk heel vlot dat ik even de telefoon oppak en even bel, ik denk zeker dat de drempel iets lager is nu." (Kinesitherapeut 6 - na casusbespreking)

"Ik denk het wel, absoluut wel, de drempel is veel kleiner om inderdaad de telefoon te pakken of een mail te sturen ten opzichte van een arts die je niet kent. Ik denk dat je niet altijd kunt inschatten hoe die persoon er in staat en er is een heel groot verschil in hoe artsen zich daarin opstellen, zeker naar specialisten toe ofzo, daar nemen we ook niet zo snel contact mee op." (Kinesitherapeut 4 - na casusbespreking)

"Het voelt gewoon veel beter aan om ook dingen naar elkaar te kunnen stellen, die drempel is verlaagd, het vertrouwen is er wederzijds, het gaat dus veel vlotter." (Kinesitherapeut 3 - na casusbespreking)

"We kennen elkaar nu en dat vergemakkelijkt de communicatie zo." (Huisarts 5 – na casusbespreking)

5.2.6.2 Afstemming van behandelvisies door casusbespreking

Alle huisartsen en kinesitherapeuten die een casusbespreking hebben gedaan zijn van mening dat zo'n casusbespreking een meerwaarde heeft naar zowel de patiënt toe, als naar de zorgverleners zelf toe. Eén huisarts en één kinesitherapeut, van een verschillende casusbespreking, zeggen dat zo'n casusbespreking zorgt voor uniformiteit tussen zorgverleners. Als het ware om de behandelvisies naast elkaar te leggen en op elkaar af te stemmen. Dezelfde behandelvisie hebben tussen zorgverleners is ook een onderwerp dat verscheidene keren aan bod kwam tijdens de eerste ronde interviews.

"Op zich misschien wel, omdat je dan kan aftoetsen bij elkaar van "cava?" of "hoe?", en dat je ook wel allebei aan hetzelfde zeil trekt, dezelfde communicatie hebt naar de patiënt, dat is gewoon belangrijk." (Huisarts 5 – na casusbespreking)

" Ik denk dat je dan wel meer vertrouwen krijgt in wat je aan het doen bent omdat je bepaalde dingen in vraag durft stellen en als je die gesprekken niet hebt dat dat soms wel tot vraagtekens lijdt omdat patiënten dan iets hebben van de ene arts zegt dit en de kine zegt dat en dat voor patiënten wel heel verwarrend kan zijn. Omdat daar geen uniformiteit in zit. Dus ik denk naar vertrouwen toe, zowel in jezelf als zorgverlener als van de patiënt naar u toe een meerwaarde." (Kinesitherapeut 4 – na casusbespreking)

5.2.6.3 Discrepantie over manier van communiceren

Tijdens elke casusbespreking werd ook de manier van communiceren besproken, wat ieders voorkeur is. Hier waren wel wat verschillende standpunten over. Eén huisarts en één

kinesitherapeut zeiden dat ze het overleg zeker een meerwaarde vonden, maar dat ze het niet zien gebeuren dat dit het telefonische contact gaat vervangen omwille van tijdsgebrek en omdat er geen verandering in beleid doorgevoerd werd door het fysieke overleg.

“Het is zeker goed, op zich is een overleg in het echt altijd wel eens zinvol, maar of dat hele grote veranderingen teweeg gaat brengen in de manier van samenwerking, goh dat weet ik eigenlijk niet. Ik weet niet of dit de telefoons tussendoor gaat vervangen, dat denk ik eigenlijk niet. Omdat dat eigenlijk gemakkelijker is en dit tijdrovender is.” (Huisarts 5 – na casusbespreking)

“Het is tijdrovend en ik denk ook dat het besluit over ons beleid niet verandert na dit gesprek. Ik denk dat we alle twee wel dezelfde informatie hebben gegeven aan de patiënt en aan het beleid is niets veranderd. Het is goed van elkaar nog even gezien te hebben.” (Kinesitherapeut 3 – na casusbespreking)

Een andere kinesitherapeut gaf aan dat het fysieke overleg zeker een meerwaarde had en telefoongesprekken moeilijk vond om daarin casussen te bespreken en dan liever een verslag maakt, via mail werkt of op Siilo. Een huisarts zei dat mail en verslag prima zijn als er niets dringend of acuut aan de hand is. Maar dat Siilo uitnodigt om te veel te werken na de uren en de grens tussen werk en privé dan vervaagt, of dat het ook makkelijk over het hoofd kan gezien worden.

Een kinesitherapeut zei zeker een meerwaarde te zien in directe communicatie, maar zich nog veel schuldig maakt aan communicatie via de patiënt en dat dit fysieke overleg ervoor heeft gezorgd om terug te beseffen hoe belangrijk directe communicatie kan zijn.

“Het doet me er wel aan herinneren om gewoon heel veel te communiceren, meestal doen we dat wel, maar ik denk dat het misschien af en toe eens kan gebeuren dat er via een patiënt wordt gecommuniceerd en dat de patiënt dat moet doorgeven omdat wij geen tijd hebben om te bellen, maar dat dit toch een reminder is om toch de telefoon te pakken. Want soms zeggen we wel van “Ah ja geef dat maar eens door aan de huisarts.”, maar als dat dan anders wordt geïnterpreteerd is dat soms een beetje lastig. Dan is het misschien wel nuttig om even te communiceren, dat ik even bel.” (Kinesitherapeut 6 – na casusbespreking)

6. Discussie

Dit onderzoek onderzoekt hoe huisartsen en kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van volwassen patiënten met aspecifieke lage rugpijn ervaren en wat de impact is van gezamenlijke casusbesprekingen na patiëntverwijzingen op die samenwerking. De resultaten tonen een uiteenzetting van verschillende standpunten betreffende deze samenwerking.

6.1 Samenwerking is variabel en vaak beperkt

Er werd door verschillende huisartsen en kinesitherapeuten vermeld dat de samenwerking vaak afwezig of beperkt is en dat het afhangt van enkele belangrijke factoren. De samenwerking lijkt afhankelijk van persoon en context. Er is duidelijk een gebrek aan structurele interprofessionele samenwerking. Deze bevinding sluit aan bij de literatuur, studies tonen aan dat de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners binnen de revalidatie van lage rugpijn vaak beperkt is(19, 20). Ineffectief teamwork en een gebrek aan intra- en interprofessionele samenwerking vormen belangrijke barrières voor de integratie van kinesitherapie in de eerstelijnszorg(8). Deze resultaten komen eveneens overeen met een kwalitatieve studie die onderzocht hoe kinesitherapeuten de interprofessionele samenwerking ervaarden. Zij beschreven dat de interprofessionele samenwerking heterogeen was en dit ook varieerde in verwijzing en doorgeven van informatie(17). De resultaten van een ander kwalitatief onderzoek gaven aan dat zorgverleners de interprofessionele samenwerking nog te beperkt vinden, er te weinig informatie wordt uitgewisseld en er te weinig erkenning is voor elkaar(21). Een studie van Werner EL en Ihlebaek C. (2012) bespreekt dat er in 2012 73% minder werd samengewerkt tussen huisartsen en kinesitherapeuten dan tien jaar daarvoor, wat suggereert dat de samenwerking afneemt, echter ontbreekt recent onderzoek(22)

6.2 Communicatie verloopt vooral indirect

Ondanks alle participanten een meerwaarde zagen in directe communicatie tussen zorgverleners, vertelden bijna alle participanten dat de meeste communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut indirect gebeurt via de patiënt. Dit verhoogt de kans op misinterpretatie en fouten terwijl directe communicatie anderzijds zorgt voor meer uniformiteit en vertrouwen bij de patiënt. Verschillende participanten vonden bellen de makkelijkste manier op dit moment om direct te communiceren, maar bijna alle participanten gaven aan dat een gemeenschappelijk digitaal communicatieplatform efficiënter en hun voorkeur zou zijn.

6.3 Belang van persoonlijke relaties

Het kwam meermaals aan bod dat zorgverleners die elkaar persoonlijk kennen een lagere drempel ervaren om samen te werken. De casusbesprekingen die plaatsvonden hadden een duidelijke impact op de drempel om samen te werken, alle participanten waren het hierover eens. Het gaf de huisarts en kinesitherapeut de mogelijkheid om hun behandelvisies af te

toetsen aan elkaar en om een voorkeur voor communicatie in de toekomst te bespreken. Een enkele casusbespreking lijkt de samenwerking al fors te bevorderen op vlak van vertrouwen, efficiëntie en afspraken voor de toekomst. Dit komt overeen met een artikel dat bespreekt dat interprofessionele werkgroepen stimuleren, informatie delen en het verspreiden van onderzoeksresultaten over beroepsgroepen, strategieën kunnen zijn om de samenwerking te verbeteren(23). Een studie toont aan dat patiënten met lage rugpijn die door een huisarts zijn doorverwezen naar een kinesitherapeut betere uitkomsten en minder kinesitherapiesessies nodig hadden, dan patiënten die door een specialist werden doorverwezen. Dit suggereert dat de rol van de huisarts in het verwijstraject belangrijk is en dat een goede afstemming tussen huisarts en kinesitherapeut mogelijk bijdraagt aan efficiëntere zorg(24).

6.4 Autonomie , maar dezelfde behandelvisie

Alle kinesitherapeuten gaven aan hun autonomie in keuze van behandelmethode te willen behouden, doch kwam iedereen overeen dat conflicterende behandelvisies nefast zijn voor de patiënt omwille van verwarring en diens vertrouwen in de gezondheidszorg. Hier ontstaat een interessant spanningsveld, enerzijds is er nood aan autonomie, anderzijds is er behoefte aan een gedeelde visie. Verschillende huisartsen hadden eveneens benoemd dat ze het belangrijk vinden op één lijn te zitten met de kinesitherapeuten qua behandeling. Enkele huisartsen hadden ook vermeld dat ze patiënten aanbevolen naar een andere kinesitherapeut te gaan als de behandelvisie niet overeenkwam.

Wat aansluit bij de behoefte aan autonomie en gedeelde behandelvisie, is dat alle participanten aangaven niet over alle casussen behoefte te hebben aan terugkoppeling of een bespreking. Dit lijkt vooral nodig bij complexere casuïstiek.

6.5 Barrières zijn vooral praktisch

De barrières die aangehaald werden voor interprofessionele samenwerking zijn vooral van praktische aard, de belangrijkste zijn tijdsgebrek, bereikbaarheid en de drempel om contact op te nemen. Dit zijn klassieke barrières die vaak terugkomen in onderzoek naar samenwerking. In een scoping review van kwalitatief onderzoek werden tijdsgebrek en werkdruk bij kinesitherapeuten genoemd als vaak voorkomende hinderpalen(8). Uit een kwalitatief onderzoek komen ook tijdsgebrek en bereikbaarheid als barrières in de samenwerking. Echter was daar de derde barrière uiteenlopende benaderingen van de richtlijnen. Dat laatste past bij het belang van gedeelde behandelvisie uit dit onderzoek, echter werd de drempel om contact op te nemen niet aangehaald (21). De drempel om contact op te nemen lijkt te dalen wanneer er al een persoonlijke ontmoeting is geweest tussen de huisarts en kinesitherapeut. Dat werd door meerdere participanten benoemd en door alle participanten die deelnamen aan een casusbespreking na de casusbespreking. Dat suggereert dat het organiseren van een kennismaking of casusbespreking de samenwerking in de toekomst kan bevorderen aangezien er een barrière wegvalt. Voor de bereikbaarheid

zou één uniform digitaal communicatieplatform een verbetering kunnen zijn op vlak van de samenwerking.

6.6 Eventuele aanbevelingen

Interprofessionele samenwerking wordt in de eerstelijnszorg in de literatuur aanbevolen bij de behandeling van patiënten met lage rugpijn(5, 17). Door dit onderzoek zijn er enkele aanbevelingen mogelijk voor de klinische praktijk: het ontwikkelen van één uniform digitaal communicatieplatform, een betere standaardisatie van verwijsbrieven en het stimuleren van lokale netwerken en casusbesprekingen. Deze aanbevelingen kunnen mogelijks bijdragen aan betere patiëntenzorg omwille van minder verwarring, een meer uniforme aanpak en betere behandelresultaten(19, 23). Een andere kwalitatieve studie besprak ook de structurele problemen van de interprofessionele samenwerking, zoals het ontbreken van een gemeenschappelijk IT-systeem(21).

Toekomstig onderzoek kan zich richten op de aanbevelingen van dit onderzoek om de invloed op de interprofessionele samenwerking en patiëntresultaten te onderzoeken.

6.7 Vergelijking met de literatuur

In de literatuur wordt gesuggereerd dat gezamenlijke werkgroepen en het delen van klinische informatie kan bijdragen aan een verbeterde samenwerking en zorgkwaliteit(23). Dit komt overeen met de resultaten van dit onderzoek waarin wordt vermeld dat de drempel om elkaar te contacteren daalt nadat er een casus fysiek werd besproken en dat een casusbespreking zorgt voor uniformiteit tussen zorgverleners en dit de patiënt enkel ten goede komt.

Sommige patiënten met aspecifieke lage rugpijn ontwikkelen chronische lage rugpijn, wat gedefinieerd wordt als rugpijn voor drie maanden of langer(25, 26). Chronische lage rugpijn is uitgegroeid tot een belangrijk sociaal – economisch probleem(25, 26). Het beleid bestaat vooral uit vijf grote domeinen die los van elkaar werken: Procedure gerichte specialiteiten, kracht gebaseerde revalidatie, cognitieve gedragstherapie, pijnbehandeling en manuele therapie(26). Een terugkerend thema in de literatuur is echter dat chronische lage rugpijn een heterogene aandoening is, wat betekent dat patiënten onderling sterk verschillen en daardoor niet allemaal op dezelfde behandeling even goed reageren(26). Een goede en efficiënte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut kan bijdragen aan een individuele, patiëntgerichte aanpak op te stellen en dit kan de patiëntuitkomsten mogelijks ten goede komen(26). Voor de behandeling van chronische rugpijn wordt verondersteld dat een geïntegreerde zorgaanpak betere resultaten kan opleveren dan een behandeling door één discipline alleen, vooral wanneer gewerkt wordt met een samenwerkend, interdisciplinair en niet-hiërarchisch team(27). Chronische lage rugpijn is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit, interdisciplinaire behandeling wordt aanbevolen bij ernstige chronische lage rugpijn, echter zijn zo'n programma's duur, moeilijk toegankelijk en hebben ze een beperkt effect(28). Er wordt dus ook in de literatuur onderzoek gedaan naar

alternatieven voor klassieke multidisciplinaire behandeling, denk hierbij aan bijvoorbeeld een beperktere samenwerking zoals een interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten(28).

Kinesitherapeuten die interprofessioneel samenwerken omtrent lage rugpijn hebben een meer moderne en biopsychosociale kijk op lage rugpijn (29). Buiten huisarts en kinesitherapeuten kan deze interprofessionele zorg verder opengetrokken worden tot multidisciplinaire zorg waarbij ook specialisten, cognitieve gedragstherapeuten, osteopaten, … aan deelnemen(27). Studies tonen aan dat multidisciplinaire revalidatieprogramma's leiden tot positieve effecten op korte termijn als ook leiden tot duurzame verbeteringen in spierkracht, pijn, functioneren en kwaliteit van leven (30).

Dat werd ook door verschillende participanten benoemd, zij zagen een meerwaarde in vooral een multidisciplinair team i.p.v. enkel een betere samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Uit een prospectieve klinische studie blijkt dat multidisciplinaire behandeling leidt tot een vermindering van pijn, een verbetering van functioneel herstel en een verbetering van de kwaliteit van leven met gemiddeld tot hoge effectgrootte, ook voor patiënten met een lange voorgeschiedenis van chronische lage rugpijn, de effecten bleven stabiel voor zes maanden opvolging(31). Ook andere studies over multidisciplinaire programma's omtrent de behandeling van lage rugpijn tonen een verbetering in pijn en functioneren(32).

In een gerandomiseerde, gecontroleerde studie werd het effect van een psychiatrische consultatie als interventie onderzocht bij patiënten met lage rugpijn op vlak van patiënttevredenheid, waarbij de interventiegroep na 6 maanden opvolging minder symptomen ervaarden dan de controlegroep, het was echter niet mogelijk om dit effect te verklaren. Toch suggereert het wel dat een multidisciplinaire aanpak een meerwaarde voor de patiënt kan betekenen(33). Multidisciplinaire behandeling wordt dus aanbevolen in de literatuur(34). Eveneens wordt het belang van individuele patiëntkenmerken, zoals socio-economische status, erkend, waarvoor samenwerking en overleg noodzakelijk is(31).

In onderzoek is er nog te weinig evidentie voor de effectiviteit van multidisciplinaire programma's om de tewerkstelling te verbeteren bij chronische lage rugpijn. Dit kan in toekomstig onderzoek verder onderzocht worden(35, 36).

6.8 Sterktes van dit onderzoek

Voor het verkrijgen van de resultaten werden er in dit onderzoek semigestructureerde interviews afgenomen bij zowel huisartsen als kinesitherapeuten, waardoor er een genuanceerd beeld komt over hoe de samenwerking tussen beide beroepsgroepen wordt ervaren, in lijn met het doel van deze studie. Er werd voldoende herhaling van thema's waargenomen om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

6.9 Zwaktes van dit onderzoek

De dataverzameling en -analyse werden uitgevoerd door één onderzoeker, waardoor er geen onderzoekerstriangulatie plaatsvond en het risico op interpretatiebias toeneemt. De steekproefgrootte was beperkt, waardoor niet met zekerheid kan worden gesteld dat datasaturatie werd bereikt. De resultaten zijn op het moment van schrijven nog niet getoetst bij de participanten om te zien of zij zich hierin herkennen.

6.10 Relevantie

De resultaten van dit onderzoek kunnen toegepast worden binnen de eerstelijnszorg met betrekking tot huisartsen en kinesitherapeuten. Uit de resultaten komt een oproep tot het ontwikkelen van één uniform digitaal communicatieplatform. Eveneens komt er een vraag van kinesitherapeuten naar huisartsen voor meer en gedetailleerdere informatie op verwijzingen. Dit onderzoek suggereert eveneens dat casusbesprekingen en elkaar persoonlijk kennen de interprofessionele samenwerking ten goede komt.

Dit onderzoek biedt inzicht in hoe interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de eerstelijnszorg verloopt in de praktijk en hoe deze wordt ervaren. Hoewel samenwerking vaak wordt aanbevolen in richtlijnen voor de behandeling van aspecifieke lage rugpijn, tonen de resultaten aan dat deze samenwerking in realiteit vaak beperkt en weinig gestructureerd is. De resultaten suggereren dat de belangrijkste factoren voor de samenwerking praktisch en relationeel zijn, zoals tijdsdruk, communicatiekanalen en persoonlijke contacten. Er zijn mogelijkheden voor de samenwerking te verbeteren op organisatorisch niveau (bijvoorbeeld digitale tools of organisatie van overleg) als ook op individueel niveau (bijvoorbeeld betere informatie op verwijsbrieven). Daarnaast heeft dit onderzoek klinische relevantie: een betere afstemming tussen zorgverleners kan leiden tot meer consistente informatie voor patiënten, minder verwarring en potentieel betere behandeluitkomsten bij aspecifieke lage rugpijn.

Dit onderzoek opent ook ideeën voor toekomstige onderzoeken van interventies die de interprofessionele samenwerking kunnen verbeteren. Bijvoorbeeld een onderzoek over het ontwikkelen en evalueren van een uniform digitaal communicatieplatform tussen huisartsen en kinesitherapeuten en hoe dit de samenwerking beïnvloedt. Of een onderzoek naar patiëntperspectieven of in welke mate een betere samenwerking leidt tot betere klinische uitkomsten.

7.Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten bij aspecifieke lage rugpijn vaak beperkt en weinig gestructureerd is. De samenwerking blijkt sterk afhankelijk van persoonlijke relaties, communicatie en praktische factoren zoals tijd en bereikbaarheid.

Communicatie verloopt in de praktijk voornamelijk indirect via de patiënt, wat het risico op misinterpretatie verhoogt. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten erkennen het belang van directe communicatie, maar ervaren drempels om deze effectief toe te passen.

Gezamenlijke casusbesprekingen lijken een positieve invloed te hebben op de samenwerking, voornamelijk door het verlagen van de drempel tot contact en het afstemmen van behandelvisies.

De resultaten suggereren dat er ruimte is voor verbetering op zowel organisatorisch als relationeel vlak, onder andere door het ontwikkelen van uniforme communicatiekanalen en het stimuleren van direct overleg tussen zorgverleners.

8. Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor Prof. Dr. Tsakitzidis, Prof. Dr. Lamers en Prof. Dr. Thijs bedanken voor de begeleiding, feedback en ondersteuning tijdens het tot stand komen van deze masterproef.

Daarnaast wil ik de deelnemende huisartsen en kinesitherapeuten bedanken voor hun tijd en bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek.

Addendum

1. Inlichtingenblad voor deelnemers

Titel van het Onderzoek

Kwalitatieve studie naar de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de behandeling van aspecifieke lage rugpijn: De invloed van gezamenlijke casusbesprekingen op de samenwerking en zorgresultaten

Achtergrond en Doelstelling

Aspecifieke lage rugpijn is een veelvoorkomende en invaliderende aandoening die een aanzienlijke impact heeft op de gezondheid van patiënten, hun kwaliteit van leven en het zorgsysteem. Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met deze klacht en bieden doorgaans symptomatische behandeling. Kinesitherapeuten spelen echter een cruciale rol in het verbeteren van de mobiliteit, pijnverlichting en het bevorderen van zelfmanagement bij deze patiënten. Ondanks de voordelen van interprofessionele samenwerking, blijkt uit eerder onderzoek dat de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten vaak niet optimaal is. Dit onderzoek heeft tot doel de interprofessionele samenwerking te verkennen en de invloed van gezamenlijke casusbesprekingen tussen huisartsen en kinesitherapeuten op de samenwerking en zorgresultaten te onderzoeken.

Opzet van de Studie

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te verkrijgen in de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten bij de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugpijn. We onderzoeken of gezamenlijke casusbesprekingen na patiëntverwijzingen bijdragen aan een betere samenwerking en behandelresultaten.

De studie bestaat uit interviews die vóór en na een interventieperiode worden afgenomen. Uw deelname helpt ons bij het ontwikkelen van praktische richtlijnen voor betere interprofessionele samenwerking.

Duur en Belasting van de Studie

- **Tijdsduur:** U wordt gevraagd deel te nemen aan twee interviews van maximaal 60 minuten. Het eerste interview vindt plaats voorafgaand aan de interventie, het tweede interview vindt plaats na de interventieperiode.
- **Interventieperiode:** Tijdens de studie vinden gezamenlijke casusbesprekingen plaats, maar hieraan deelnemen is geen verplichting.

Testen en Interventies

- **Interviews:** Semi-gestructureerde gesprekken waarin u uw ervaringen en meningen deelt over de samenwerking.
- **Tijdsindicatie:** Elk interview duurt maximaal 60 minuten.

Vergoeding

- Deelnemers ontvangen geen financiële vergoeding voor hun deelname.
- De onderzoekers ontvangen ook geen vergoeding voor het uitvoeren van dit onderzoek.

Voor- en Nadelen / Risico's

- **Voordelen:** U draagt bij aan wetenschappelijke inzichten die kunnen leiden tot verbeteringen in de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten en patiënten met aspecifieke lage rugklachten.
- **Nadelen:** Er zijn geen nadelige gevolgen verbonden aan deelname. U hoeft alleen tijd te investeren in de interviews.
- **Risico's:** De interviews brengen geen fysieke of psychologische risico's met zich mee.

Alternatieven

Er zijn geen directe alternatieven, aangezien dit een onderzoeksproject betreft. Uw deelname helpt bij het vergroten van kennis over de samenwerking tussen disciplines.

Vrijwillige Deelname en Recht om te Stoppen

- Deelname is volledig vrijwillig. U kunt op elk moment zonder opgave van reden stoppen met het onderzoek.
- Uw beslissing om te stoppen heeft geen nadelige gevolgen voor uw professionele activiteiten of relaties met collega's.

Verwerking en Privacy van de Gegevens

- Alle verzamelde gegevens worden volledig gepseudonimiseerd. Uw naam en andere persoonlijke informatie worden niet gekoppeld aan de onderzoeksresultaten.
- Uw gegevens worden versleuteld opgeslagen op een beveiligde server van de Universiteit Antwerpen (UA) en alleen toegankelijk voor de onderzoekers.
- Bewaartermijn van geanonimiseerde gegevens: 20 jaar.
- U heeft recht op het opvragen van het transcript van het interview.

Verzekering

Er is een verzekering afgesloten voor dit onderzoek via de Universiteit Antwerpen. Deze dekt eventuele schade voortvloeiend uit deelname aan dit onderzoek, hoewel we verwachten dat er geen risico's zijn.

Toestemming van het Ethisch Comité

Dit onderzoek is goedgekeurd door het Ethisch Comité van de Universiteit Antwerpen.

Contactgegevens

Voor vragen of meer informatie kunt u contact opnemen met:

- **Naam contactpersoon:** Benjamin Tarnaud
- **E-mailadres:** benjamin.tarnaud@student.uantwerpen.be
- Telefoonnummer: 03 828 06 83

We waarderen uw interesse en mogelijke deelname aan dit onderzoek. Als u bereid bent deel te nemen, vragen we u het bijgevoegde toestemmingsformulier (Informed Consent) in te vullen en te ondertekenen.

Bijlage 2

Draft vragenlijsten voor semi-gestructureerde interviews Voor Huisartsen Algemene Ervaring met Samenwerking

1. Hoe ervaart u de samenwerking met kinesitherapeuten bij de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugpijn?
2. Wat zijn volgens u de belangrijkste voordelen van deze samenwerking?
3. Tegen welke uitdagingen loopt u aan in de samenwerking?

Communicatie

4. Hoe verloopt de communicatie met kinesitherapeuten momenteel?
5. Welke aspecten van de communicatie vindt u effectief, en welke kunnen volgens u worden verbeterd?
6. Worden behandelplannen of verwachtingen duidelijk besproken en gedeeld? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet? **Verwijzingsproces**
7. Hoe bepaalt u of een patiënt met aspecifieke lage rugpijn wordt doorverwezen naar een kinesitherapeut?
8. Hoe vaak volgt er terugkoppeling na een verwijzing? Hoe ervaart u deze terugkoppeling?

   Multidisciplinaire Benadering
9. In welke mate ziet u een meerwaarde in een multidisciplinaire aanpak voor de behandeling van deze patiënten?
10. Hoe belangrijk vindt u gezamenlijke casusbesprekingen na verwijzingen? Wat verwacht u hiervan?

Ervaringen Na de Interventie (alleen na de interventieperiode)

11. Heeft de samenwerking met kinesitherapeuten voor u veranderingen doorgemaakt na de gezamenlijke casusbesprekingen? Zo ja, welke?
12. Hoe hebben de gezamenlijke casusbesprekingen uw werkwijze en behandelstrategie beïnvloed?

Voor Kinesitherapeuten Algemene Ervaring met Samenwerking

1. Hoe ervaart u de samenwerking met huisartsen bij de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugpijn?
2. Wat ziet u als de belangrijkste voordelen van deze samenwerking?
3. Welke obstakels ervaart u in de samenwerking met huisartsen?

Communicatie

4. Hoe verloopt de communicatie met huisartsen momenteel?
5. Worden patiëntendoelen en behandeldoelen helder gecommuniceerd? Hoe gebeurt dat in de praktijk?
6. Welke manieren van communiceren zouden volgens u de samenwerking verbeteren?

Verwijzingsproces

7. Hoe vindt u de kwaliteit van de informatie die u ontvangt bij een doorverwijzing door een huisarts?
8. Hoe belangrijk vindt u het om feedback te geven aan de huisarts na het afronden van een behandeling? Hoe doet u dit nu?

Multidisciplinaire Benadering

9. In hoeverre ziet u een meerwaarde in gezamenlijke casusbesprekingen met huisartsen?
10. Welke onderwerpen zouden volgens u in deze besprekingen aan bod moeten komen?

Ervaringen Na de Interventie (alleen na de interventieperiode)

11. Heeft de samenwerking met huisartsen voor u veranderingen doorgemaakt na de gezamenlijke casusbesprekingen? Zo ja, welke?
12. Hoe hebben de gezamenlijke casusbesprekingen uw aanpak en samenwerking beïnvloed?

Algemene Open Vragen voor Beide Groepen

1. Wat vindt u essentieel voor een succesvolle samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten?
2. Welke barrières ziet u momenteel in de samenwerking? Hoe kunnen deze worden overwonnen?
3. Hoe kan volgens u interprofessionele samenwerking de zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn verbeteren?

Bijlage 3

Rode vlaggen

De specificiteit van de rode vlaggen is vooral bij elke vlag afzonderlijk, beperkt; clinici moeten zich focussen op clusters van rode vlaggen, die wijzen op een specifieke ernstige pathologie.

Dringend (onmiddellijk)

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

Semi-dringend (binnen de 48u)

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

Minder dringend

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

(7)

Bijlage 4

Gestandaardiseerd Casusbespreking-formulier

Interprofessionele samenwerking huisarts – kinesitherapeut
Aspecifieke lage rugpijn (18–65 jaar)

---

1. Algemene gegevens

- **Datum casusbespreking:** ……
- **Huisarts:** ……
- **Kinesitherapeut:** ……
- **Patiëntcode (geanonimiseerd):** ……
- **Datum verwijzing:** ……
- **Duur samenwerking:** ☐ < 4 weken ☐ 4–8 weken ☐ > 8 weken

---

2. Korte casussamenvatting (kinesitherapeut)

(max. 3–5 min)

- **Huidige klachten & functioneren:**
  .....
- **Evolutie sinds start kinesitherapie:**
  ☐ Verbetering ☐ Stabiel ☐ Verslechtering
  Toelichting: .....
- **Belangrijkste functionele beperkingen (werk/ADL/sport):**
  .....

---

3. Behandelstrategie kinesitherapie

(Zorgplan & expertise)

- **Focus van behandeling (meerdere mogelijk):**
  ☐ Pijneducatie
  ☐ Actieve oefentherapie
  ☐ Functioneel herstel
  ☐ Zelfmanagement
  ☐ Werkhervatting

☐ Andere: .....

- **Betrokkenheid patiënt:**
  ☐ Actief ☐ Wisselend ☐ Passief

- **Algemene prognose (kinesitherapeut):** ☐ Gunstig ☐ Onzeker ☐ Ongunstig
  Toelichting: .....

---

4. Biopsychosociale factoren

(Gezamenlijk klinisch redeneren)

- **Psychosociale factoren aanwezig?**
  ☐ Nee ☐ Ja, namelijk:
  ☐ Bewegingsangst
  ☐ Catastroferen
  ☐ Stress/werkdruk
  ☐ Lage coping
  ☐ Andere: .....

- **Invloed op herstel:**
  ☐ Beperkt ☐ Matig ☐ Sterk

---

5. Werkhervatting

(Functionele uitkomst & samenwerking)

- **Huidige arbeidssituatie:** ☐ Werkend
  ☐ Gedeeltelijk werkend
  ☐ Arbeidsongeschikt

- **Inschatting werkhervatting:**
  ☐ Geen beperkingen verwacht
  ☐ Geleidelijke werkhervatting aangewezen
  ☐ Werkhervatting onzeker
  ☐ Momenteel niet haalbaar

- **Tijdshorizon (inschatting):**
  ☐ < 4 weken ☐ 4–8 weken ☐ > 8 weken

- **Nood aan extra afstemming rond werk?**
  ☐ Nee
  ☐ Ja (bv. arbeidsgeneeskunde / werkgever / huisarts)

---

6. Afstemming huisarts – kinesitherapeut

(Communicatie & medische afweging)

- **Was de informatie bij verwijzing voldoende?**
  ☐ Ja ☐ Gedeeltelijk ☐ Nee
- **Nood aan bijkomend onderzoek?** ☐ Nee
  ☐ Ja, welk type:
  ☐ Beeldvorming
  ☐ Bloedonderzoek
  ☐ Specialistisch advies
  ☐ Andere: .....
- **Reden voor bijkomend onderzoek:**
  .....

---

7. Gezamenlijk vervolgbeleid

(Gedeelde besluitvorming)

- **Kinesitherapie:**
  ☐ Voortzetten ☐ Aanpassen ☐ Afbouwen ☐ Stoppen
- **Aanvullende zorg aangewezen?**
  ☐ Nee
  ☐ Psycholoog
  ☐ Arbeidsgeneeskunde
  ☐ Andere: .....
- **Afspraak herbeoordeling / nieuw overleg:**
  .....

---

8. Reflectie op samenwerking (kort)

(2–5 min – essentieel voor onderzoek)

- **Wat liep goed in de samenwerking rond deze patiënt?**
  .....
- **Wat kon beter in deze samenwerking?**
  ☐ Informatie bij verwijzing
  ☐ Tussentijdse communicatie
  ☐ Afstemming behandeldoelen
  ☐ Rolduidelijkheid
  ☐ Tijdsinvestering
  ☐ Andere: .....
- **Concrete verbeterpunten voor toekomstige casussen:**

.....

---

9. Algemene indruk casusbespreking

- **Meerwaarde van dit overleg:**
  ☐ Geen ☐ Beperkt ☐ Duidelijk ☐ Zeer groot
- **Tijdsduur overleg:**
  ☐ < 15 min ☐ 15–30 min ☐ > 30 min

Referenties

1. NHG-werkgroep: Bons SCS BM, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, Schaafstra A, Spinnewijn WEM, Verburg-Oorthuizen AFE, Verweij HA. Aspecifieke lagerugpijn. NHG Richtlijnen. 2017.
2. Van Wambeke P DA, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsen J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Schaeybroeck P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vlaeyen J, Jonckheer P. . Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). . KCE Reports 287As 2017;D/2017/10.273/33.
3. Oliveira CB MC, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018;27(11)::2791–803.
4. Poitras S, Durand MJ, Cote AM, Tousignant M. Guidelines on low back pain disability: interprofessional comparison of use between general practitioners, occupational therapists, and physiotherapists. Spine (Phila Pa 1976). 2012;37(14):1252–9.
5. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Poitras S, Morin D. What are private sector physiotherapists' perceptions regarding interprofessional and intraprofessional work for managing low back pain? J Interprof Care. 2018;32(4):525–8.
6. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixson M, Brown KC. Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. J Patient Exp. 2020;7(6):1466–75.
7. Jonckheer P DA, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, Coeckelberghs E, Demoulin C, Pierre Duquenne (CHC Liège), Forget P, Fraselle V, Godderis L, Hans G, Hoste D, Kohn L, Mairiaux P, Munting E, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Pirotte B, Van Boxem K, Van Lerbeirghe J, Van Schaeybroeck P, Van Wambeke P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vanhaecht K, Verhulst D. Lage rugpijn en radiculaire pijn: kernelementen van een zorgpad – Synthese. . Health Services Research (HSR) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017;KCE Reports 295As. D/2017/10.273/84.
8. ShahAli S, Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Anne BC, Mojgani P, et al. Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. Heliyon. 2023;9(10):e20736.
9. Maher C UM, Buchbinder R. . Non-specific low back pain. Lancet. 2017;389(10070).736–47.
10. Hoy D ML, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. . The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden

of Disease 2010 study. . Ann Rheum Dis. 2014:73(6):968–74. doi: 10.1136/annrheumdis–2013–204428. Epub 2014 Mar 24. PMID: 24665116.
11. Maarten D. Actieve aanpak van aspecifieke lage rugpijn in de eerste lijn –

Zin en onzin van oefentherapie. ICHO Masterproeven Databank

12. Hoy D BC, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. . . A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. 2012:;64(6):2028–37. doi: 10.1002/art.34347. Epub 2012 Jan 9. PMID: 22231424.

.
13. DEMANET Jens K. beleid bij de patiënt met acute niet-specifieke lage rugpijn: plaats

van kinesitherapie en aanpak van een afwijkend beloop.

. ICHO Masterproeven Databank.
14. Kahere M, Ginindza T. The burden of non-specific chronic low back pain among adults in KwaZulu-Natal, South Africa: a protocol for a mixed-methods study. BMJ Open. 2020;10(9):e039554.
15. Gezondheidsfonds C. Kinesitherapie: consultatief onderzoek 2024 [
16. Tsakitzidis G KE. Van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking: vijf bouwstenen voor zorgteams. . Huisarts Nu. 2022;51:18-22.
17. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Morin D. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Quebec's private sector: results of a qualitative study. BMC Musculoskelet Disord. 2014;15:160.
18. Braun VaC, Victoria. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77–101.
19. Michel C, Guene V, Michon E, Roquelaure Y, Petit A. Return to work after rehabilitation in chronic low back pain workers. Does the interprofessional collaboration work? J Interprof Care. 2018;32(4):521–4.
20. Vader K, Donnelly C, Lane T, Newman G, Tripp DA, Miller J. Delivering Team-Based Primary Care for the Management of Chronic Low Back Pain: An Interpretive Description Qualitative Study of Healthcare Provider Perspectives. Can J Pain. 2023;7(1):2226719.
21. Petersen L, Birkelund R, Schiottz-Christensen B. Challenges to cross-sectoral care experienced by professionals working with patients living with low back pain: a qualitative interview study. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):164.
22. Werner EL, Ihlebaek C. Primary care doctors' management of low back pain patients--ten years after. Tidsskr Nor Laegeforen. 2012;132(21):2388–90.
23. Starkweather AR, Colloca L, Dorsey SG, Griffioen M, Lyon D, Renn C. Strengthening Inter- and Intraprofessional Collaborations to Advance Biobehavioral Symptom Science. J Nurs Scholarsh. 2019;51(1):9–16.
24. Brooks G, Dolphin M, Vanbeveren P, Hart DL. Referral source and outcomes of physical therapy care in patients with low back pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(8):705–15.
25. Briggs AM, Sumi Y, Banerjee A. The World Health Organization guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults: implications for equitable care and strengthening health systems globally. Glob Health Res Policy. 2025;10(1):26.
26. Fourney DR, Andersson G, Arnold PM, Dettori J, Cahana A, Fehlings MG, et al. Chronic low back pain: a heterogeneous condition with challenges for an evidence-based approach. Spine (Phila Pa 1976). 2011;36(21 Suppl):S1–9.
27. Maiers MJ, Westrom KK, Legendre CG, Bronfort G. Integrative care for the management of low back pain: use of a clinical care pathway. BMC Health Serv Res. 2010;10:298.
28. Vaegter HB, Johansen JV, Sopina L, Smith A, Kent P, Fuglsang KS, et al. A Cognitive Functional Therapy+ Pathway Versus an Interdisciplinary Pain Management Pathway for Patients With Severe

Chronic Low Back Pain (CONFeTTI Trial): Protocol for a Pragmatic Randomized Controlled Trial. Phys Ther. 2021;101(9).
29. Petit A, Begue C, Richard I, Roquelaure Y. Factors influencing physiotherapists' attitudes and beliefs toward chronic low back pain: Impact of a care network belonging. Physiother Theory Pract. 2019;35(5):437–43.
30. Pieber K, Herceg M, Quittan M, Csapo R, Muller R, Wiesinger GF. Long-term effects of an outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. Eur Spine J. 2014;23(4):779–85.
31. Moradi B, Hagmann S, Zahlten-Hinguranage A, Caldeira F, Putz C, Rosshirt N, et al. Efficacy of multidisciplinary treatment for patients with chronic low back pain: a prospective clinical study in 395 patients. J Clin Rheumatol. 2012;18(2):76–82.
32. Roffey DM, Ashdown LC, Dornan HD, Creech MJ, Dagenais S, Dent RM, et al. Pilot evaluation of a multidisciplinary, medically supervised, nonsurgical weight loss program on the severity of low back pain in obese adults. Spine J. 2011;11(3):197–204.
33. Meeuwesen L, Huyse FJ, Koopmans GT, Heimans JJ. Supervised integrated screening of low-back pain patients by a neurologist. A randomized clinical trial. Gen Hosp Psychiatry. 1996;18(6):385–94.
34. Wami SD, Chala MB, Wolde SY, Donnelly C, Gelaye KA, Pullatayil A, et al. Clarifying the characteristics of interprofessional rehabilitation programs for adults with chronic low back pain: A scoping review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2025;38(1):4–18.
35. Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N, Tyrer K, Desrochers C, Klinger L, et al. A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. Work. 2010;35(3):349–67.
36. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:112.