Medisch kinesitherapeutisch overleg: een springplank naar betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut - een kwalitatief onderzoek

Van der Meeren Pauline, Universiteit Gent
Van Melkebeke Lisa, Universiteit Gent
Vermeulen Tineke, Universiteit Gent
Wancour Rieke, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens, Universiteit Gent
Co-promotoren: dr. Friedel Crombez, Universiteit Gent
Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025-2026

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.

Dankwoord

Met dit dankwoord willen we graag stilstaan bij de vele mensen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze masterproef.

Allereerst willen we elkaar bedanken voor de fijne samenwerking gedurende dit traject. Het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek, het organiseren van de MKO's en het verwerken van alle gegevens bracht de nodige uitdagingen met zich mee. Dankzij onze goede samenwerking, wederzijdse steun en gedeelde motivatie hebben we dit project samen tot een mooi einde kunnen brengen.

Daarnaast willen we onze oprechte dank uitspreken aan onze promotor, Prof. dr. Pauline Boeckxstaens, voor haar begeleiding, kritische feedback en waardevolle inzichten gedurende het hele proces. Ook onze co-promotor, dr. Friedel Crombez, willen we hartelijk bedanken voor haar constructieve feedback, ondersteuning en het meedenken doorheen het onderzoeksproces.

Verder zijn we dankbaar voor de hulp van alle mede-organisatoren van de MKO's die ons hebben geholpen bij de praktische organisatie en het mogelijk maken van deze bijeenkomsten. In het bijzonder willen we ook de moderatoren bedanken die zich vrijwillig hebben geëngageerd om het overleg te begeleiden. Hun inzet en bereidheid om dit voor de eerste keer op zich te nemen, hebben in belangrijke mate bijgedragen aan het vlotte verloop van de MKO's.

Een speciaal woord van dank gaat ook uit naar Kayleigh De Meulemeester en Vincent Dewitte voor het onder de aandacht brengen van het concept van het medisch kinesitherapeutisch overleg. Hun inspiratie vormde een belangrijke aanzet voor het opzetten van dit onderzoek.

Daarnaast willen we alle huisartsen en kinesitherapeuten bedanken die hebben deelgenomen aan de MKO's en de interviews. Hun openheid, enthousiasme en bereidheid om hun ervaringen te delen vormden de kern van dit onderzoek en maakten het mogelijk om dit onderwerp verder te verkennen.

Tot slot willen we ook onze familie en vrienden bedanken voor hun blijvende steun, aanmoediging en geduld gedurende het schrijven van deze masterproef en tijdens onze opleiding huisartsgeneeskunde. Zonder de steun en betrokkenheid van al deze mensen was deze thesis niet mogelijk geweest.

Abstract

Achtergrond

De toenemende zorgcomplexiteit in de eerste lijn en de mogelijke evolutie naar directe toegang tot de kinesitherapie vraagt om een meer geïntegreerde interprofessionele aanpak. De samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten verloopt in de huidige praktijk vaak parallel, met beperkte onderlinge afstemming. Het Medisch Kinesitherapeutisch Overleg (MKO), ontwikkeld door AXXON, Domus Medica en Huis voor Gezondheid, wil hier verandering in brengen door lokaal interprofessioneel overleg te stimuleren en zo de stap te zetten naar interdisciplinaire samenwerking.

Doelstelling

Nagaan welke rol het medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO) kan spelen in de versterking van interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in de eerste lijn.

Methodologie

Er werd een prospectief kwalitatief onderzoek uitgevoerd in twee regio's in Vlaanderen. In elke regio werd een MKO georganiseerd. Data werden verzameld via observaties tijdens de overlegmomenten, evaluatieformulieren na afloop en semigestructureerde diepte-interviews drie maanden na het eerste MKO. De gegevens werden thematisch geanalyseerd en verwerkt met MAXQDA.

Resultaten

Het organiseren van MKO's bleek organisatorisch uitdagend en vereiste herhaald contact met de LOK-groepen in regio Gent. Uiteindelijk namen in totaal 43 zorgverleners deel, verdeeld over twee MKO's (n = 29 en n = 14). De deelnemers evalueerden het overleg overwegend positief en beschouwden het als een waardevol moment om elkaar te leren kennen en elkaars rol en verwachtingen beter te begrijpen. Hoewel veel deelnemers aangaven dat er tijdens het overleg afspraken werden gemaakt, bleek de implementatie ervan in de praktijk beperkt. Enkele inhoudelijke veranderingen werden wel gerapporteerd, zoals meer klinische informatie op kinesitherapievoorschriften en een uitgebreidere verslaggeving door kinesitherapeuten. De respondenten gaven daarnaast aan dat regelmatige organisatie van MKO's en een grotere thematische verdieping wenselijk zijn om de samenwerking verder te versterken.

Conclusie

Het MKO lijkt voornamelijk bij te dragen aan relationele aspecten van samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten, zoals het versterken van wederzijds begrip en het verlagen van de drempel tot rechtstreeks contact. De vertaling naar concrete en structureel verankerde afspraken in de praktijk bleef op korte termijn beperkt. Regelmatige herhaling, gecoördineerde organisatie en thematische verdieping lijken noodzakelijk om de interprofessionele samenwerking verder te ontwikkelen. In het licht van de toenemende prevalentie van chronische en complexe zorgvragen in de eerste lijn en mogelijke toekomstige evoluties zoals directe toegang tot kinesitherapie kunnen dergelijke overlegmomenten een belangrijke basis vormen voor meer geïntegreerde en afgestemde zorg.

Inhoudstafel

Dankwoord.....

Abstract.....

Inhoudstafel .....

Inleiding 1

Methodologie 3

Literatuurstudie..... 3

Studieprotocol 4

Resultaten..... 6

Organisatie van het MKO 6

Algemene beschrijving van de MKO's 6

Observaties tijdens de MKO's 6

Inhoud van het MKO 6

Verloop van het MKO..... 8

Moderatoren 8

Analyse van de evaluatieformulieren 8

Inhoud van het MKO 8

Verloop van het MKO..... 9

Moderatoren 9

Resultaten interviews - 3 maanden na MKO 1..... 9

Situatie voor het MKO..... 10

Beleving van het MKO 11

Situatie 3 maanden na het MKO 11

Suggesties voor toekomstige MKO's..... 13

Discussie 15

MKO als springplank naar betere samenwerking..... 15

Implicaties voor de praktijk en toekomstperspectieven 16

Organisatorisch..... 16

Participatie van zorgverleners..... 16

Inhoudelijk..... 17

MKO in het licht van huidige en toekomstige evoluties 17

Vergelijking andere interdisciplinaire samenwerkingsinitiatieven 17

Sterktes en beperkingen van het onderzoek..... 18

Aanbevelingen voor verder onderzoek 19

Conclusie 20
Referenties 21
Bijlagen 22
Bijlage 1: Inhoud MKO 22
Bijlage 2: Uitnodigingsmail deelnemers 23
Bijlage 3: Informatie-en toestemmingsformulier voor de deelnemers 24
Bijlage 4: Evaluatieformulier Domus Medica 29
Bijlage 5: Richtvragen interview 33
Bijlage 6: Samenvatting MKO 1 en 2 34
Bijlage 7: Tabellen resultaten evaluatieformulier 38
Bijlage 8: Protocol Commissie voor Medische Ethiek 40
Bijlage 9: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek 45

Inleiding

De stijgende prevalentie van chronische aandoeningen, vergrijzing en het tekort aan zorgverleners zetten wereldwijd druk op het zorgsysteem. Deze tendens zorgt voor een toegenomen nood aan samenwerking in de eerste lijn. (1-3) Volgens het "Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care" (Careau et al, 2014) kan deze samenwerking zich op verschillende niveaus situeren, gaande van een parallelle naar een multidisciplinaire tot een volledig geïntegreerde interdisciplinaire samenwerking. (4) Uit de literatuur blijkt dat, naarmate zorgsituaties complexer worden, een evolutie naar meer interdisciplinaire samenwerking wenselijk is. Hierbij stemmen zorgverleners hun behandelplannen en doelen expliciet op elkaar af, evalueren ze gezamenlijk de voortgang en delen ze relevante informatie, waardoor de zorg meer geïntegreerd en patiëntgericht wordt. (4, 5)

Een concreet voorbeeld van deze nood aan meer geïntegreerde samenwerking in de eerste lijn is de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten. In de huidige praktijk verloopt deze samenwerking vaak nog parallel, waarbij beide zorgverleners betrokken zijn bij dezelfde patiënt, maar meestal vanuit hun eigen expertise werken en niet tot een gezamenlijke visie of geïntegreerd zorgplan komen. (6, 7)

Deze vorm van samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut was reeds het onderwerp van verschillende studies. Verscheidene struikelblokken zijn hierbij beschreven zoals onvoldoende kennis over het kinesitherapeutisch beroep en voorschriften met eerder administratieve last dan informatieve meerwaarde. (8) Bovendien komt er algemeen een tekort aan persoonlijk contact en overleg vaak naar boven. Duidelijke afspraken ontbreken over de optimale manier van onderlinge communicatie en informatieoverdracht. Dit contact zou volgens huisarts en kinesitherapeut helpen om verschillen in opvattingen in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. (9, 10)

Een bijkomende reden waarom een nieuw samenwerkingsmodel wenselijk is, volgt ook uit het advies opgesteld door de Federale Raad voor Kinesitherapie (2015) omtrent de directe toegang tot de kinesitherapie. Momenteel wordt er in België gewerkt met een verwijsmodel, waarbij de patiënt een voorschrift nodig heeft van de arts om beroep te kunnen doen op kinesitherapeutische behandelingen. Directe toegang zou het voorschrift van een arts voor bepaalde lichte tot matige klachten of preventieve handelingen overbodig maken, terwijl bij ernstige aandoeningen doorverwijzing verplicht blijft. (11) Gezien huisartsen en kinesitherapeuten momenteel vooral contact houden via de verwijzingen, zou er op zoek moeten gegaan worden naar een andere manier om elkaar op de hoogte te houden van de behandeling om zo de meest kwaliteitsvolle zorg te blijven bieden. (1, 3, 12, 13)

In een poging hierbij een stap in de gewenste richting te zetten, werd het medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO - cfr bijlage 1) ontwikkeld door AXXON (beroepsvereniging kinesitherapeuten), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Huis voor Gezondheid. Het is een bijeenkomst die zich specifiek richt op het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten binnen

eenzelfde regio. Dit overleg wordt georganiseerd vanuit beide partijen, idealiter op regelmatige basis. Tijdens een MKO wordt op gestructureerde wijze overleg gevoerd over thema's zoals voorschriften, bijzondere beroepsbekwaamheden, en communicatie. Het zorgt voor een ontmoeting tussen beide zorgverleners waaruit concrete afspraken omtrent onderlinge communicatie kunnen voortvloeien. (14)

Hoewel initiatieven zoals het Medisch Kinesitherapeutisch Overleg (MKO) de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten willen versterken, tonen studies aan dat de implementatie van gemaakte afspraken binnen interprofessionele modellen vaak moeizaam verloopt. Internationale literatuur beschrijft verschillende barrières die deze samenwerking hinderen, waaronder administratieve, financiële en organisatorische obstakels. Deze domeinen kunnen leiden tot complexiteit, terughoudendheid en vertraging in de uitvoering van afspraken. (1, 8, 15)

In deze thesis wordt onderzocht in welke mate een MKO kan bijdragen aan een effectieve samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten, waarbij de focus ligt op de ervaringen van de betrokken zorgverleners. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan de meerwaarde die het MKO volgens hen biedt en aan de mate waarin gemaakte afspraken in de praktijk worden geïmplementeerd. Op basis van deze bevindingen kan worden vastgesteld of het MKO een geschikt instrument is om de interprofessionele samenwerking te versterken en, indien nodig, hoe dit overleg verder kan worden geoptimaliseerd.

Methodologie

Literatuurstudie

Voorafgaand aan de aanvang van het prospectieve kwalitatieve onderzoek werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Er werd gebruikgemaakt van de ICHO databank van masterproeven. De volgende zoektermen werden gehanteerd: ‘kinesitherapie’, ‘kinesitherapeut’ en ‘kinesist’. Er werden 20 ICHO-thesissen bekomen met deze zoekopdracht, waarvan er vier weerhouden werden. (6-8, 16) Ook werd er via verschillende webpagina’s van Domus Medica en Axxon relevante informatie gezocht voor de literatuurstudie. (14)

Vervolgens werden in wetenschappelijke databanken volgende zoektermen en Mesh-termen toegepast: ((communication) AND ((physiotherapy) OR (physiotherapist)) AND ((general practitioner) OR (general practice physician)) geraadpleegd in Pubmed op 20 januari 2024 (1, 10) - direct access physiotherapy in Pubmed geraadpleegd op 21 april 2025 - Communication between physiotherapy and general practitioner, communication in primary care geraadpleegd op Google scholar op 20 januari 2024 (2, 9) - barriers in integration of agreements in care settings in Google scholar geraadpleegd op 25 mei 2025. (15) Daaropvolgend werden dankzij de sneeuwbalmethode nog een interessant artikel weerhouden. (3) Twee artikelen werden aangereikt door de promotor van deze thesis. (4, 5)

Het literatuuronderzoek werd niet enkel beperkt tot Belgische studies. Zowel artikels in het Nederlands, Frans als Engels werden geïncludeerd. Verder werd ernaar gestreefd om enkel de meest recente publicaties te weerhouden (publicatiedatum <10 jaar geleden). De publicatie van Scaffardi, R. A. (1989) vormt hierop een uitzondering, gezien geen recentere publicaties konden worden teruggevonden die inhoudelijk hiermee overeenstemmen. Studies die niet relevant werden voor onze studie werden geëxcludeerd. Dit betreft studies waarbij niet werd gefocust op de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten, studies die zich toespitsen op de communicatie in de tweede lijn of studies die geen vernieuwende informatie brachten. Uiteindelijk werden er 16 relevante publicaties in onze literatuurstudie weerhouden.

Studieprotocol

Deze studie betreft een prospectief kwalitatief onderzoek waarbij in 2 verschillende regio's binnen Vlaanderen een lokaal medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO) wordt georganiseerd. Deze studie, met referentienummer THE-2024-0327, werd op 13-01-2025 goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit van Gent (zie bijlagen 8 en 9 voor respectievelijk het protocol en het positieve advies van de Commissie voor Medische Ethiek). Bijlage 1 licht de inhoud van een MKO toe. De bestudeerde populatie bestaat uit kinesitherapeuten en huisartsen binnen dezelfde regio, waarbij er gestreefd wordt naar een minimum van 20 deelnemers per MKO en een gelijkwaardige verdeling onderling.

Beide MKO’s worden per regio georganiseerd waardoor er geografisch gezien geen overlap is tussen de deelnemers van de MKO’s. Door contact te leggen met de organisatoren van reeds georganiseerde MKO's, worden regio's geïdentificeerd waar nog geen MKO plaatsvond. Op die manier wordt vermeden dat de gekozen onderwerpen voor het MKO reeds bediscussieerd werden door de groep en kon er geen overlap zijn met vorige gemaakte afspraken. Het gebruik van het reeds ontwikkelde MKO pakket werd goedgekeurd in een online overleg met de vertegenwoordigers van Axxon, Domus Medica en Huis voor Gezondheid.

Vier HAIO's helpen mee aan de praktische organisatie van de MKO's. Door deel te nemen aan de bestuursvergadering van Kinegroep Gent konden in totaal 10 LOK-groepen in het Gentse worden geïdentificeerd. Voor de inclusie van de huisartsen werden de LOK-verantwoordelijken van de geselecteerde regio’s aangeschreven via mail en/of telefonisch gecontacteerd. Voor de vertegenwoordiging van de kinesitherapeuten werd contact gelegd met de regio-verantwoordelijken binnen Axxon. Zowel huisartsen en kinesitherapeuten werden uitgenodigd via mail (cfr bijlage 2) om deel te nemen aan het onderzoek. Er wordt accreditatie aangevraagd voor beide partijen.

In de maanden voordien werden ter organisatorische voorbereiding drie bestaande MKO’s meegevolgd. Voor de inhoudelijke opbouw van het overleg wordt het sjabloon van Domus Medica, Axxon en Huis voor Gezondheid als leidraad gebruikt, zoals beschikbaar op hun website. Bij elk MKO was er één huisarts en één kinesitherapeut die zich vrijwillig aanboden als moderator om de presentatie te leiden. Met deze moderatoren werd op voorhand de powerpoint gefinaliseerd. Bij beide MKO’s werd er gekozen om aan te vangen met een voorstellingsronde van de verschillende deelnemers, gevolgd door vier topics die werden besproken: bereikbaarheid en communicatie, het kinesitherapeutisch voorschrift, samenwerking en bijzondere beroepsbekwaamheden. Er werd bewust gekozen de HAIO's niet te laten presenteren, zodat zij tijdens het MKO de focus op de observatie konden leggen met specifieke aandacht voor de interactie tussen de betrokken eerstelijnsactoren. Veldwerknotities werden gemaakt door de 4 HAIO’s, alsook een audio-opname. Deze audio-opname wordt opgeslagen op de server van UGent, is enkel bedoeld voor eigen gebruik en zal niet gepubliceerd worden. Na het kwalitatief onderzoek wordt ze dan ook verwijderd. De verkregen gegevens worden gepseudonimiseerd, gezien er gebruik kan worden gemaakt van persoonlijke gegevens voor de analyse. Het informed consent wordt op locatie ter beschikking gesteld en ondertekend bij aanvang van

het MKO. Hierin wordt duidelijk aangegeven dat dit onderzoek mogelijks gepubliceerd zal worden in Huisarts Nu (cfr bijlage 3).

Aansluitend op het MKO wordt aan alle participanten gevraagd het evaluatieformulier, zoals voorzien door de ontwikkelaars van het MKO, in te vullen (cfr bijlage 4). Dit formulier peilt naar drie kernaspecten van het overleg: de inhoud, het verloop van de bijeenkomst en de rol van de moderatoren. De beoordeling gebeurt aan de hand van een 6-punt Likertschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: niet van toepassing, helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord. Daarnaast bevat het evaluatieformulier drie open vragen, namelijk: (1) 'Voldeed het overleg aan uw verwachtingen?' (2) 'Wat kon beter?' en (3) 'Zou u het overleg aanbevelen aan collega's?' Zoals voordien afgesproken stellen de onderzoekers een samenvatting op met de besproken onderwerpen, die na afloop aan alle deelnemers worden bezorgd ter ondersteuning van de verdere samenwerking.

In een tweede fase van de studie wordt per MKO na 1-3 maanden een diepte-interview verricht, waarbij telkens gemikt wordt op 6 deelnemers: 3 huisartsen en 3 kinesitherapeuten (een totaal van 12 geïnterviewde participanten). In de algemene uitnodigingsmail om deel te nemen aan het MKO wordt vrijblijvend gevraagd naar interesse om deel te nemen aan het diepte-interview. Om voldoende kandidaten voor de interviews te rekruteren en datasaturatie te bekomen, worden de deelnemers tijdens het MKO uitgenodigd. Hierbij vermelden we dat weigering geen nadelige gevolgen zal hebben.

De diepte interviews zullen 30 minuten duren, waarbij het de bedoeling is om te peilen naar de implementatie van de afspraken en de ervaring met het MKO. Er worden enerzijds enkele richtvragen op voorhand vastgelegd in een interview-guide (cfr bijlage 5). Anderzijds zullen er ook vragen voortvloeien uit de antwoorden van de deelnemers. Enkel relevante informatie die essentieel is voor het onderzoek zal bevraagd worden. De interviews worden telkens willekeurig verdeeld onder de HAIO's (twee HAIO's per interview) in een poging observation bias te vermijden. Deze interviews zullen via audio-opname worden vastgelegd voor eigen gebruik en na de studie worden verwijderd. De opnames worden manueel volledig uitgeschreven. Omwille van het beperkt aantal interviews, wordt gekozen om de codering initieel manueel uit te voeren. Na bespreking worden codes vastgelegd met categorieën die relevant zijn voor de onderzoeksvragen en wordt elk interview binnen deze codes ingedeeld. De interviews en codes worden nadien ingegeven en geanalyseerd door MAXQDA software om de initiële uitkomst te vergelijken en eventueel aan te vullen.

In het kader van deze masterproef werden AI-tools gebruikt voor uitsluitend taalondersteuning en structuur. De analyse, interpretatie en de inhoudelijke uitwerking zijn volledig door de onderzoekers verricht.

Resultaten

Organisatie van het MKO

Het bereiken en het activeren van verschillende LOK-groepen bleek een moeizaam proces. De beperkte respons maakte het noodzakelijk om verschillende herinneringsmails te versturen en meermaals telefonisch contact op te nemen. Twee LOK-groepen gaven aan eerder al een MKO te hebben georganiseerd, terwijl twee andere meldden dat hun agenda reeds volzet was. Daarnaast reageerden vier groepen niet of werd onvoldoende interesse getoond in de organisatie van een MKO. Uiteindelijk konden twee LOK-verantwoordelijken worden gemotiveerd om een MKO te organiseren: in Destelbergen en Sint-Amandsberg. Door het langdurig proces van inclusie van LOK-groepen kon het tweede MKO pas laattijdig georganiseerd worden, waardoor het uiteindelijk niet haalbaar was om de lange termijn effecten hiervan te bestuderen.

Het was voor alle moderatoren de eerste keer dat ze een MKO presenteerden.

Algemene beschrijving van de MKO's

	MKO 1	**MKO 2**
Regio	Sint-Amandsberg	Destelbergen
Totaal aantal aanwezig deelnemers deelnemers	29	14
Aantal kinesitherapeuten	12	7
Aantal huisartsen	17	7
Duur van het overleg	1u45min	1u40min
Aantal ingevulde evaluatieformulieren	26	13
Tijd tussen MKO en interviews	3 maanden	/
Aantal interviews	In totaal 5: 3 kinesitherapeuten en 2 huisartsen	/

Observaties tijdens de MKO's

Inhoud van het MKO

Voorafgaand aan elk MKO werd een presentatie voorbereid, gebaseerd op het sjabloon dat door Domus Medica, Axxon en Huis voor Gezondheid ter beschikking werd gesteld. Deze presentatie diende als leidraad tijdens het MKO.

Het MKO begon met een korte inleiding waarin de HAIO's zich voorstelden en het doel van de thesis schetsten. Daarna volgde een kennismakingsronde waarin iedereen de kans kreeg om zich voor te stellen en zijn of haar expertise te belichten. Nadien werd gefocust op vier topics die vooraf werden vastgelegd. Deze onderwerpen waren bij de twee MKO's identiek: bereikbaarheid en communicatie, het kinesitherapeutisch voorschrift, samenwerking en bijzondere beroepsbekwaamheden.

Elk onderwerp werd uitgebreid plenair bediscussieerd, waarbij in grote lijnen niet werd afgeweken van de vooropgestelde onderwerpen. Door met elkaar in dialoog te gaan, werden enkele probleempunten duidelijk, waarvoor gezamenlijk naar oplossingen werd gezocht. Een concrete samenvatting van de discussie tijdens de MKO's wordt weergegeven in bijlage 6.

Bereikbaarheid en communicatie

Tijdens het bespreken van mogelijke communicatievormen hadden beide beroepsgroepen begrip voor elkaars werkwijze waarna er werd gezocht naar de meest optimale manier om te communiceren.

Een opmerkelijk voorbeeld was dat veel kinesitherapeuten niet bekend waren met de app 'Siilo', terwijl de meerderheid van de huisartsen dit wel een ideaal communicatieplatform vindt. Hoewel de groep tijdens het MKO over het gebruik van de Siilo app enthousiast leek te zijn, leidde dit niet tot concrete acties om het gebruik ervan te implementeren.

Daarnaast werd door verschillende artsen en kinesitherapeuten aangegeven dat telefonisch contact de voorkeur geniet voor dringende zaken en bij een niet-pluis gevoel. Huisartsen benadrukken hierbij dat telefonisch contact zeker niet als storend wordt ervaren. Beide beroepsgroepen zijn eens dat communicatie via de patiënt niet optimaal is.

Kinesitherapeutisch voorschrift

Er werd gestart met de vraag aan zowel de huisartsen als kinesitherapeuten hoe het ideale voorschrift er volgens hen uitziet, waarna met elkaar in gesprek werd gegaan. Zo werd er geconcludeerd dat het voorschrift bijvoorbeeld meer ingezet kan worden als communicatiemiddel tussen huisartsen en kinesitherapeuten: diagnostische denkkaders en differentiaaldiagnoses, red flags, resultaten van medische beeldvorming, noodzaak tot uitgebreid verslag,... kunnen vermeld worden op het voorschrift of als verwijsbrief worden toegevoegd. Vooral bij complexe chronische casussen kan dit een meerwaarde bieden.

Samenwerking

Daarnaast werd ook het consultatief onderzoek uitgebreid besproken, waarbij kinesitherapeuten en huisartsen hier een andere mening over vormden. Bij de beide MKO's gaven de huisartsen aan het consultatief onderzoek een interessante mogelijkheid te vinden wanneer ze twijfelen over de diagnose. De kinesitherapeuten daarentegen schetsten hun bedenkingen bij dit onderzoek, gezien dit in de praktijk voor hen niet altijd het meest efficiënt of voordeligst is. Zij raden daarom aan om het consultatief

onderzoek enkel toe te passen wanneer er twijfel is of kinesitherapie al dan niet nodig is. Ook hier ontbrak echter concretisering over afspraken in de praktijk.

Bijzondere beroepsbekwaamheden

Alle kinesitherapeuten stelden hun bijzondere beroepsbekwaamheid kort voor tijdens een snelle voorstellingsronde. Tijdens het eerste MKO werd verwezen naar een website waarop deze bekwaamheden per kinesitherapeut zouden zijn opgelijst, al werd daarbij meteen opgemerkt dat deze informatie mogelijk niet meer up-to-date was. Aan deze vaststelling werd vervolgens geen verder gevolg gegeven.

Verloop van het MKO

Tijdens het MKO was er sprake van een open dialoog, waarin alle deelnemers de kans kregen hun standpunt te verduidelijken. Dit zorgde voor interessante discussies, maar leidde niet tot een allesomvattende consensus of concrete afspraken om in de praktijk mee aan de slag te gaan. Ook voor de verdere opvolging werden geen duidelijke afspraken gemaakt. Tijdens het tweede MKO was er wel een kinesitherapeut die het zag zitten om de organisatie van het volgende MKO op zich te nemen.

Na afloop van het tweede MKO maakten de deelnemers van de gelegenheid gebruik en namen ze de tijd om elkaar beter te leren kennen. Deze interactie vond niet plaats na het eerste MKO, waarbij de deelnemers meteen na afloop vertrokken.

Moderatoren

Elk MKO werd geleid door een kinesitherapeut en een huisarts als moderator, die zich vrijwillig hadden aangeboden voorafgaand aan het MKO. Het was voor elke moderator de eerste keer dat ze deze rol op zich namen. Tijdens het eerste MKO namen de moderatoren een coördinerende rol in op zich, waarbij ze de discussies in goede banen leiden wanneer er te ver werd afgedwaald. Tijdens het tweede MKO namen de moderatoren minder deze leidende rol op zich.

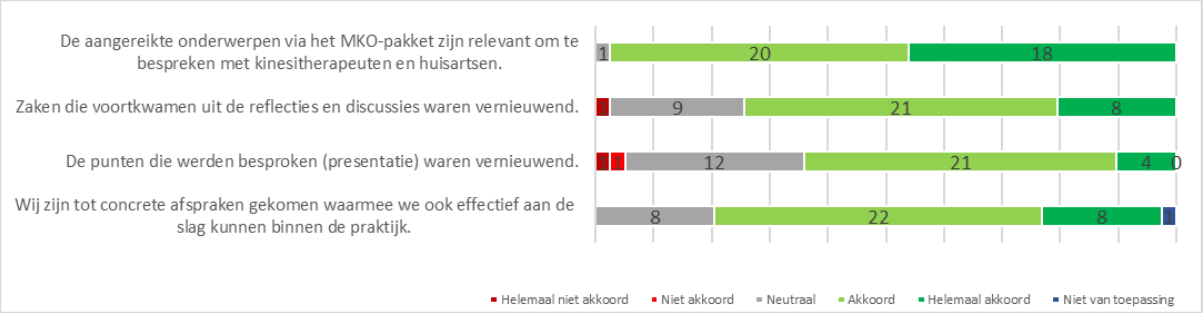
Analyse van de evaluatieformulieren

In totaal vulden 39 deelnemers de enquêtes in, onder wie 23 huisartsen en 16 kinesitherapeuten. In bijlage 7 kan een overzicht teruggevonden worden van alle resultaten hiervan. Hieronder bespreken we de volgende onderwerpen: inhoud van het MKO, verloop van het MKO en de moderatoren.

Inhoud van het MKO

Hoewel er consensus was over de relevantie van de gekozen onderwerpen, liepen de meningen uiteen over het vernieuwend aspect van de reflecties en discussies. Zoals weergegeven in grafiek 1, was 1 deelnemer niet akkoord, hadden 9 deelnemers een neutrale mening en waren 29 deelnemers akkoord tot helemaal akkoord.

30 van de 39 deelnemers waren akkoord met de stelling dat er concrete afspraken gemaakt werden waar ze verder mee aan de slag konden. 8 deelnemers hadden hier echter een eerder neutrale mening over.



Grafiek 1: resultaten evaluatieformulier - inhoud van het overleg

Verloop van het MKO

Uit de resultaten van het evaluatieformulier blijkt dat alle deelnemers (helemaal) akkoord waren met de stelling dat er tijdens het overleg sprake was van een goede interactie binnen de groep. Verder was er consensus dat de beschikbare tijd evenwichtig en efficiënt werd ingevuld.

Moderatoren

De deelnemers evalueerden tevens de rol van de moderatoren. Hierbij werd onder meer gepeild naar hun kennisniveau - zowel met betrekking tot de besproken onderwerpen als tot hun algemene kennis van geneeskunde en kinesitherapie - en naar hun vermogen om vragen van de deelnemers adequaat te beantwoorden. 17 van de deelnemers hadden eerder een neutrale mening over de kennis van de moderatoren. Daarnaast waren 22 van de 39 wel akkoord met de stelling dat ze het onderwerp goed beheersten.

Verder werd gevraagd in welke mate de moderatoren de groepsinteractie stimuleerden. De meerderheid van de deelnemers beoordeelde dit eveneens neutraal tot positief. Slechts één huisarts bij het eerste MKO gaf aan het hiermee niet eens te zijn, 17 deelnemers gaven een neutrale mening en 21 waren hiermee akkoord.

Resultaten interviews - 3 maanden na MKO 1

In dit hoofdstuk worden de bevindingen weergegeven die voortkomen uit de diepte-interviews die drie maanden na afloop van het medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO) werden afgenomen bij enkele huisartsen en kinesitherapeuten. In totaal namen drie kinesitherapeuten en twee huisartsen deel aan de diepte-interviews, waarbij datasaturatie werd bereikt. De resultaten worden thematisch weergegeven en opgebouwd rond vier centrale luiken: (1) de situatie voor het MKO, (2) de beleving van het MKO, (3) de situatie na het MKO en (4) suggesties voor de organisatie van toekomstige MKO's. Citaten van respondenten worden gebruikt om de resultaten te illustreren en worden anoniem weergegeven.

Situatie voor het MKO

Over het algemeen gaven de beide beroepsgroepen wel aan dat er reeds voor het MKO onderling overleg was.

" Ik heb wel het gevoel dat er af en toe overleg is, meer casusgebonden en vooral als er iets niet pluis is". (Huisarts 1)

" In onze praktijk communiceren we redelijk veel met de huisartsen en we sturen regelmatig een verslag. (...) Ik verwacht ook niet dat de arts een verslag terugstuurt, maar sommigen verwachten dat wel." (Kine 1)

Tegelijkertijd gaven verschillende deelnemers aan dat indirecte communicatie nog regelmatig voorkomt. Zo worden signalen van kinesitherapeuten, zoals het vermoeden van nood aan bijkomende beeldvorming of mogelijke red flags, soms via de patiënt aan de arts doorgegeven in plaats van rechtstreeks tussen zorgverleners te worden besproken. Daarnaast werd vermeld dat kinesitherapeuten in bepaalde gevallen zelf een voorschrift opstellen en dit via de patiënt laten ondertekenen door de arts, zonder voorafgaand overleg over de indicatie voor kinesitherapie.

"Ik vind het soms wel lastig wanneer patiënten komen met het verhaal dat de kinesitherapeut zegt dat er een scan zou moeten gebeuren. Als er zulke medische verwachtingen zijn van ons, zou ik het wel appreciëren als de kinesist dat even met ons overleg en niet via de patiënt". (Huisarts 2)

De bekendheid van het MKO varieerde bij de geïnterviewden. Waar sommigen reeds een beperkte voorkennis hadden van het concept, hadden anderen er nog nooit van gehoord. De bekendheid van het MKO was voornamelijk te danken aan de beroepsorganisatie Axxon, informele netwerken of lokale bestuurskringen. Niemand had echter deelgenomen aan dergelijk MKO. Er werd wel verwezen naar een gelijkaardig initiatief in het verleden.

“Maar wat we zeker wel al eens in het verleden gedaan hebben, is een bijscholing waarbij we dan een kinesist een keer uitnodigen om de samenwerking of bepaalde thema’s te bespreken. Maar dat is al lang geleden. Ik denk tien jaar geleden.” (Huisarts 1)

De verwachtingen van het MKO waren doorgaans beperkt en weinig concreet. Een kinesitherapeut had eerder een afwachtende houding tegenover het MKO en was benieuwd naar het verloop ervan. Een andere kinesitherapeut stelde zich vooral de vraag in welke mate de artsen geëngageerd waren en zich ervoor zouden vrijmaken, omdat artsen niet enkel met kinesitherapeuten in aanraking komen, maar ook met vele andere disciplines. Bij een huisarts lag de focus eerder op praktische aspecten van de samenwerking zoals voorschriften, aantal sessies en communicatie.

Wanneer er gevraagd werd naar de motivatie voor deelname aan het MKO, werden verschillende redenen aangehaald. Eén reden die werd aangehaald is kennismaking en netwerkopbouw. Meerdere respondenten benadrukken het belang van persoonlijk contact en zagen dit wel als een meerwaarde van het MKO.

“Ik vind het sowieso een meerwaarde om eens in groep te zitten en te horen hoe de anderen het zien. Daarnaast is het interessant om een gezicht te plakken op iemand waar je via mail of telefonisch mee hebt gesproken.” (Kinesitherapeut 1)

Een andere reden voor deelname waren professionele en administratieve doeleinden: de accreditatiepunten die eraan gekoppeld waren, werden door sommige kinesitherapeuten als bijkomende stimulans ervaren. Een andere kinesitherapeut had ook een morele of organisatorische motivatie gezien deze persoon deel uitmaakte van het bestuur van de kring van Gent en zich verplicht voelde aanwezig te zijn.

Beleving van het MKO

Het MKO werd voornamelijk ervaren als een startmoment om afspraken rond samenwerking te maken. De inhoud richtte zich vooral op de vorm van communicatie en voorschriften, eerder dan op specifieke diagnoses. Verschillende respondenten benadrukten het belang van deze basisafspraken als fundament voor toekomstige overlegmomenten.

De mate van interactie tijdens het MKO werd wisselend ervaren. Sommige respondenten merkten op dat niet iedereen even actief deelnam. Een kinesitherapeut gaf aan dat de moderatoren de interactie gerust meer mochten stimuleren. Toch werd de rol van de moderatoren positief beoordeeld en ervaren velen het MKO als leerrijk, ook wanneer ze zelf minder aan het woord kwamen. Over de groepsgrootte verschilden de meningen. Sommige respondenten vonden de groep te groot voor diepgaande interactie, terwijl anderen dit niet als hinderlijk ervaren.

“Je hebt dat natuurlijk altijd, die wat meer zeggen en anderen die niets zeggen. Het mag misschien nog iets meer gestimuleerd worden. Langs de andere kant kan dit dan te veel geforceerd overkomen.” (Kinesitherapeut 1)

“Ik had niet het gevoel dat de groep te groot was. En ik denk op zich dat we allemaal oud en wijs genoeg moeten zijn om ons te durven uiten en ons zelfs kwetsbaar te durven opstellen. Hoe meer dat we de info kunnen delen, hoe beter.” (Huisarts 2)

Toch was niet elke kinesitherapeut tevreden over de opkomst van huisartsen. Eén geïnterviewde kinesist vond het jammer dat de artsen waarmee deze het meest samenwerkt, niet aanwezig waren.
De huisartsen daarentegen waren juist tevreden over het aantal aanwezige kinesitherapeuten en benadrukten de meerwaarde van het lokale overleg met collega’s uit de buurt. Door het overleg te combineren met een lunch, werd de sfeer gemoedelijker volgens een kinesitherapeut.

Situatie 3 maanden na het MKO

Veranderingen in onderling contact

Tijdens het MKO werd duidelijk dat huisartsen verkiezen dat kinesitherapeuten hen rechtstreeks contacteren, zodat ze samen het traject van de patiënt kunnen opvolgen en het beleid kunnen afstemmen. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de noodzaak tot bijkomende kinesessies, of de vraag of er

bijkomende beeldvorming nodig is, … Het overleg werd door de deelnemers ervaren als drempelverlagend voor onderling contact en als een versterking van de onderlinge relatie. Zoals één van de deelnemers het verwoordde:

"Alleen al om te weten dat een arts het niet storend vindt als een kine een keer belt, is al zinvol. […] Voor mezelf weet ik nu wel dat ik al sneller contact ga opnemen." (Kinesitherapeut 2)

Deze positieve ervaring vertaalde zich echter, 3 maanden na het overleg, niet noodzakelijk in een duidelijke toename van het contact tussen beide beroepsgroepen.

"Het MKO heeft niet echt de manier van communiceren veranderd, toch geen opvallende invloed." (Huisarts 2)
"Goh nee, eigenlijk heb ik sinds het MKO geen contact gehad." (Kinesitherapeut 3)

"Het gebruik van Silo is nog altijd een beetje wisselend. Ik heb al berichten gestuurd die daar gewoon blijven staan." (kinesitherapeut 2)

Voorschriften

Een huisarts kwam door de discussie tijdens het MKO tot inzicht dat haar kinesitherapievoorschriften vaak summier worden opgesteld en een kinesitherapeut gaf aan dat er soms elementen op dit voorschrift ontbraken of verkeerd werden ingevuld.

"Ik denk dat mijn kinesitherapievoorschriften gemiddeld gezien redelijk summier zijn. Maar ik denk ook van ja, dat is jullie werk en expertise. En als het toch echt niet duidelijk is of ze hebben meer nood aan feedback, of wensen andere elementen op het voorschrift, dan kan een verslag zinvol zijn of dat kunnen ze mij uiteraard ook altijd bellen." (Huisarts 2)

Bij de twee geïnterviewde huisartsen leidde het MKO tot een inhoudelijke verbetering van voorschriften. Zo is er meer duidelijkheid over wat belangrijk is op een kinesitherapeutisch voorschrift: één hoofdpathologie, bijkomende klinische informatie/ diagnostisch denken, …

"Het belangrijkste is dat ik nu toch wel veel meer informatie op mijn voorschrift zet, inclusief differentiaal diagnose. […] Ik stel daarnaast ook de vraag: 'Graag uw advies, uw behandelplan en eventuele bedenkingen. [...] zodat zij ook als clinicus mee betrokken zijn.'" (Huisarts 1)

Informatie-uitwisseling

Kinesitherapeuten gaven aan dat zij frequenter uitgebreidere verslagen versturen, zeker nu dankzij het MKO bekend is dat dit door huisartsen wordt geapprecieerd. Ook de huisartsen besteden sinds het MKO meer aandacht aan de verslagen van de kinesitherapeuten.

"Ik stuur regelmatig een verslag, maar daar komt meestal geen antwoord op. Blijkt dus dat dat toch geapprecieerd wordt en wel gelezen wordt." (Kinesitherapeut 2)

" Ik ga het verslag van de kinesitherapeut nu wel alerter doorlezen." (huisarts 1)

Huisartsen gaven aan dat het MKO ervoor gezorgd heeft dat er sneller informatie rond de resultaten van medische beeldvorming wordt uitgewisseld. Wat volgens de kinesitherapeuten wel nog beter kan

is het uitwisselen van informatie over de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Dit kon voor de kinesitherapeut ook verklaard worden doordat niet alle huisartsen aanwezig waren op het overleg, waardoor er geen grote verschillen kunnen worden verwacht.

Suggesties voor toekomstige MKO's

Er was consensus dat MKO's in de toekomst regelmatig mogen worden georganiseerd. De meeste respondenten stelden een jaarlijkse frequentie voor, hoewel sommigen tweejaarlijks realistischer achtten.

"Ik denk dat een keer in het jaar overleggen via een MKO niet overdreven is, al is het maar om kleine praktische vragen te stellen. En ja, om alleen dan de nieuwe gezichten in de buurt te zien, is het ook wel nuttig denk ik." (Arts 2)

Daarnaast werd meer thematische verdieping aanbevolen, zodat het MKO steeds vernieuwend is. Respondenten stelden voor om MKO's te focussen op specifieke pathologieën of zorgpaden zoals lage rugpijn, schouderproblematiek of obesitas.

"Ik denk dat het misschien wel handig zou zijn om rond bepaalde topics te weten van: 'Hoe pakken jullie dit aan? Hoeveel sessies zijn daar eigenlijk wel voor nodig? Kunnen we een soort van zorgplan rond maken met afspraken?' Zo denk ik aan lage rugpijn- of schouderproblematiek; zaken die veel voorkomen. (...) Het lijkt me interessant om een evidence zorgtraject tussen beroepsgroepen af te spreken en deze dan voor te stellen op een MKO." (Huisarts 1)

"Ik denk dat het interessant is om het op voorhand eens te bevragen bij huisartsen en bij kinesitherapeuten welke de topics zijn die eens aan bod mogen komen en om met de topics die het meeste aan bod komen iets te doen." (kinesitherapeut 1)

Ook zouden de artsen het een meerwaarde vinden om te weten welke expertise de huisarts en kinesitherapeut hebben. Zo werd voorgesteld om deelnemers bij de voorstelling te laten aangeven waar zij werkzaam zijn en welke specialisaties zij hebben. Hierbij werd aangehaald dat kinesitherapeuten niet verplicht zijn zich aan te sluiten bij de beroepsvereniging Axxon. Een kinesitherapeut stelde dat hierdoor geen volledige en actuele lijst van alle actieve kinesitherapeuten bestaat die kan worden gebruikt.

Een deelnemer gaf een suggestie met een gelijkaardig concept, waarbij verschillende disciplines zouden samenzitten. Dit voorstel kwam ter sprake bij patiënten met complexe zorgproblematieken.

"*Het is niet bij iedereen nodig om een brede aanpak te hanteren. Echter bij patiënten met complexe problematieken zou ik het interessant vinden om met verschillende disciplines samen te zitten (podoloog, psycholoog, diëtist), om specifieke casussen te bespreken." (Kinesitherapeut 2)*

Ten slotte werd tijdens de interviews ook gebrainstormd over een mogelijke evolutie naar rechtstreekse toegang. Een huisarts vond dit zeker een positieve evolutie, vooral met de vergrijzing.

"Ouderen die schrik hebben om te vallen, zouden eigenlijk gewoon rechtstreeks moeten gemotiveerd worden om regelmatig naar de kinesist te gaan." (Huisarts 1)

In dit kader van directe toegang zag betreffende huisarts het MKO als een instrument om afspraken te maken over het motiveren van bepaalde doelgroepen om hiervan gebruik te maken, terwijl tegelijkertijd gestreefd wordt naar het beperken van mogelijke overconsumptie.

" Nu merk ik dat vooral mensen die uit een meer kansarme klasse komen veel mechanische problemen hebben ten gevolge van de arbeid die ze doen, of ten gevolge van overgewicht. Die moeten soms wel gemotiveerd worden om naar de kinesist te gaan. Terwijl dat andere mensen die dan rechtstreeks zouden gaan, die niet nodig hebben. Dus het kan soms wel bij de verkeerde terechtkomen. Dus ik denk dat we daar dan wel in de regio goed alert voor moeten zijn, dat we die doelgroep motiveren die er het meeste baat bij heeft om snel te kunnen gaan." (Huisarts 1)

Discussie

Deze masterproef had als doel na te gaan in welke mate het medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO) kan bijdragen aan een betere communicatie en samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Daarnaast werd onderzocht in welke mate afspraken die tijdens dit overleg werden gemaakt ook daadwerkelijk hun weg vonden naar de praktijk en welke factoren een verdere implementatie kunnen bevorderen. In deze discussie worden de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek geïnterpreteerd in het licht van de bestaande literatuur en geplaatst binnen het bredere kader van interprofessionele samenwerking in de eerstelijnszorg.

MKO als springplank naar betere samenwerking

Het overleg lijkt vooral bij te dragen aan relationele aspecten van samenwerking. Zowel uit het MKO zelf, als uit de enquêtes en interviews, blijkt dat de drempel om rechtstreeks contact op te nemen verlaagt. Twee factoren spelen hierbij een centrale rol: enerzijds faciliteert het persoonlijke contact tijdens het MKO de onderlinge kennismaking, anderzijds creëert het overleg duidelijkheid over het moment, de vorm en de inhoud van communicatie.

Wat betreft de implementatie van gemaakte afspraken in de praktijk, rapporteerde een groot aantal deelnemers dat zij met de gemaakte afspraken aan de slag konden. Ondanks de beperkte tijdspanne van drie maanden na het eerste MKO werden bescheiden veranderingen vastgesteld in zowel de frequentie als de aard van de communicatie met betrekking tot verslagen en voorschriften.

Toch werden bepaalde voorgestelde initiatieven, zoals het gebruik van Siilo of het opstellen van een lijst met beroepsexpertises, niet geïmplementeerd. Tijdens het MKO bleef het formuleren van concrete afspraken bovendien vaak uit. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat het in beide regio's om een eerste MKO ging, waarbij de nadruk vooral lag op kennismaking en het afstemmen van basisprincipes. Daarnaast kan de beperkte concretisering van afspraken samenhangen met de organisatie en moderatie van het overleg. De moderatoren hadden beperkte ervaring met het leiden van een MKO, wat mogelijk invloed had op de mate waarin het overleg werd gestuurd richting besluitvorming. Ook het vooraf communiceren dat HAIO's een verslag zouden opstellen, kan verwarring hebben gecreëerd over de rolverdeling bij het formuleren van afspraken.

Ten slotte vereist de implementatie van dergelijke afspraken ook structurele ondersteuning. De literatuur over interprofessionele samenwerking toont aan dat afspraken vaak op intentioneel niveau blijven steken wanneer dergelijke ondersteuning ontbreekt. (1, 8) Factoren zoals het eenmalige karakter van het overleg, financiële drempels, het ontbreken van formele opvolgstructuren en de beperkte tijdspanne tussen het MKO en de interviews kunnen dit verklaren. De resultaten van deze studie bevestigen dat herhaling, opvolging en structurele verankering noodzakelijk zijn om tot duurzame verandering te komen. Hieronder worden voorstellen geformuleerd om dit proces verder te ondersteunen.

Implicaties voor de praktijk en toekomstperspectieven

Op basis van bevindingen in onze studie konden enkele verbeterpunten voor de toekomst worden geformuleerd. Deze zijn onderverdeeld in de organisatorische aspecten, participatie van de deelnemers en inhoudelijke adviezen.

Organisatorisch

Ten eerste suggereren de bevindingen van deze studie dat het MKO vooral tot zijn recht komt wanneer het ingebed wordt in een continue samenwerking en geen eenmalig initiatief blijft. De respondenten gaven unaniem aan dat een regelmatige organisatie van MKO-bijeenkomsten wenselijk is, bij voorkeur jaarlijks of tweejaarlijks. Herhaling kan bijdragen tot het bestendigen van gemaakte afspraken en het verdiepen van professionele relaties tussen huisartsen en kinesitherapeuten, wat een noodzakelijke voorwaarde vormt voor de evolutie richting interdisciplinaire samenwerking. (4, 5)

Ten tweede is het voor een succesvolle organisatie van een MKO cruciaal dat er een duidelijke initiatiefnemer is die de verantwoordelijkheid opneemt voor de praktische organisatie en die voldoende draagvlak weet te creëren binnen de regio. Uit de literatuur blijkt immers dat een gebrek aan leiderschap en coördinatie belangrijke barrières zijn voor de implementatie van gemaakte afspraken. (15) Dit komt ook tot uiting in de praktijk met de invoering van ‘Train the Trainer', dat nu reeds voor het MKO lage rugpijn wordt toegepast. Hierbij krijgen moderatoren een korte online opleiding omtrent het organiseren van het MKO lage rugpijn. (14) De ontwikkeling van zo een praktische handleiding voor moderatoren of het gericht opleiden van enkele vaste moderatoren kan bijdragen tot een meer consistente aanpak van toekomstige MKO’s. Een ervaren en herhaaldelijk ingezette moderatie kan onder meer helpen bij het expliciet formuleren, documenteren en opvolgen van gemaakte afspraken.

Participatie van zorgverleners

Daarnaast tonen de resultaten aan dat het niet vanzelfsprekend is om voldoende zorgverleners te motiveren om deel te nemen. Verschillende mogelijke verklaringen worden hiervoor gesuggereerd, waaronder de reeds grote hoeveelheid bijscholingen voor beide beroepsgroepen, de beperkte bekendheid van het MKO, het werk van de huisarts in beperkte mate afhankelijk is van de kinesitherapeut, huisartsen samenwerken met verschillende disciplines, planning in de agenda en administratieve last. Hoewel sommige van deze factoren moeilijk beïnvloedbaar zijn, lijken andere elementen wel aangrijpingspunten te bieden voor de toekomstige organisatie van het MKO.

Een belangrijk aandachtspunt is het verder vergroten van de bekendheid van het MKO binnen beide beroepsgroepen. Daarnaast werd in deze studie vastgesteld dat een deel van de kinesitherapeuten niet bereikt werd via de reeds bestaande kanalen (beroepsverenigingen). Daarom zou het nuttig zijn om te beschikken over een actuele sociale kaart van huisartsen en kinesitherapeuten in een bepaalde regio. Het nuttige aan het aangename koppelen door het overleg te combineren met lunch, wordt eveneens beschouwd als een bevorderende factor voor teamoverleg. Duidelijke communicatie omtrent het doel van een MKO waarbij de nadruk wordt gelegd op een lokaal overleg, kan de motivatie verder versterken.

Inhoudelijk

Inhoudelijk kwamen tijdens dit onderzoek eveneens enkele aanbevelingen naar voren. Waar het huidige MKO als eerste overlegmoment voornamelijk focuste op algemene communicatie en afstemming, gaven deelnemers aan dat het MKO in de toekomst zich ook zou kunnen richten op specifieke en complexe aandoeningen of zorgpaden (de ziekte van Parkinson, chronische lage rugpijn, frailty bij ouderen of andere multifactoriële aandoeningen). Een dergelijke inhoudelijke verdieping kan de samenwerking verder versterken en het MKO doen evolueren van een eerder algemene bespreking naar een meer zorgspecifiek overleg. Dit is vooral een meerwaarde bij de meer complexe en chronische pathologieën waarbij huisartsen en kinesitherapeuten gezamenlijk behandelstrategieën bespreken en hun klinische besluitvorming op elkaar afstemmen om tot een geïntegreerd zorgplan te komen, wat zowel in de literatuur als in de interviews bevestigd wordt. (6, 7)

Zoals in de literatuur vermeld, kan onvoldoende kennis van de inhoud en specialisaties binnen de kinesitherapie een belemmering vormen voor een kwaliteitsvolle samenwerking. (8) Daarnaast zou het expliciet benoemen van specialisaties kunnen bijdragen aan de regionale samenwerking waardoor concrete doorverwijzing gefaciliteerd wordt.

MKO in het licht van huidige en toekomstige evoluties

De toenemende prevalentie van chronische aandoeningen, de vergrijzing van de bevolking en de groeiende complexiteit van zorgvragen maken een nauwere samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners steeds noodzakelijker. In de literatuur wordt benadrukt dat geïntegreerde en interprofessionele samenwerking een belangrijke voorwaarde vormt om deze complexe zorgnoden op een kwaliteitsvolle manier op te vangen. (4, 5)

Daarnaast zal er door de evolutie naar rechtstreekse toegang tot kinesitherapie minder communicatie plaatsvinden tussen arts en kinesitherapeut via het voorschrift. Bij eerder lichte tot matige klachten zullen patiënten rechtstreeks een kinesitherapeut consulteren, wat het belang van goed vooropgestelde afspraken benadrukt, bijvoorbeeld over het gericht motiveren van doelgroepen die er het meeste baat bij zouden hebben en overconsumptie vermijden. Interprofessionele overlegmomenten zoals het MKO kunnen in dat kader bijdragen aan het opbouwen van de noodzakelijke relationele basis waarop verdere samenwerking kan worden uitgebouwd.

Hoewel het MKO niet specifiek ontwikkeld werd voor de organisatie van chronische of complexe zorgtrajecten en nieuwe evoluties (zoals directe toegang) nog niet ter sprake kwamen, kan het wel een belangrijke basis vormen binnen de bredere evolutie naar meer geïntegreerde eerstelijnszorg.

Vergelijking andere interdisciplinaire samenwerkingsinitiatieven

Wanneer de bevindingen van deze studie geplaatst worden binnen het bredere kader van interprofessionele samenwerking in de eerstelijnszorg, vallen gelijkaardige patronen op. In

verschillende initiatieven die samenwerking tussen zorgverleners proberen te versterken, zoals het medisch-farmaceutisch overleg (MFO) tussen huisartsen en apothekers, wordt beschreven dat het motiveren van zorgverleners om deel te nemen een belangrijke uitdaging vormt. Factoren zoals tijdgebrek, gebrek aan compensatie (in uren en verloning), organisatorische belasting en onvoldoende kennis over het concept worden daarbij frequent aangehaald als drempels voor engagement. (16)

Naast deze gelijkaardige drempels tonen dergelijke initiatieven ook dat interprofessionele samenwerking zich geleidelijk ontwikkelt. Overlegmomenten leiden in eerste instantie vooral tot relationele effecten, zoals een betere persoonlijke kennismaking, een groter wederzijds begrip van elkaars expertise en een lagere drempel tot onderling contact. (16) Pas in een latere fase kunnen deze relationele verbeteringen zich vertalen naar meer concrete en structureel verankerde afspraken over samenwerking. Om dit mogelijk te maken zijn bijkomende factoren van primordiaal belang zoals herhaling van overlegmomenten, duidelijke coördinatie van het MKO en organisatorische ondersteuning. Dit is ook bij het MFO van toepassing, waarbij beschreven wordt dat dergelijk overleg pas optimaal tot zijn recht komt als de organisatie van bovenaf gebeurt en het verloop duidelijk gestructureerd is. Naast kennismaking is het hierbij ook interessant om specifieke thema's te bespreken om tot afspraken te komen. Daarnaast wordt ook het belang van accreditering en vergoeding aangehaald. (16)

De bevindingen van deze studie sluiten hierbij aan en suggereren dat het MKO, net zoals andere interprofessionele initiatieven binnen de eerstelijnszorg, een waardevolle eerste stap kan vormen binnen een geleidelijk proces van samenwerking en verdere afstemming tussen zorgverleners.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke sterkte van deze studie is de kwalitatieve benadering met een combinatie van observaties, evaluatieformulieren en diepte-interviews. Daardoor konden de betrokken zorgverleners hun percepties en ervaringen delen vanuit hun praktijkervaring. Daarnaast maakt het prospectieve karakter van het onderzoek het mogelijk om niet alleen de onmiddellijke ervaringen van de deelnemers in kaart te brengen, maar ook de kortetermijneffecten van het MKO te onderzoeken.

Tegelijkertijd zijn er verschillende beperkingen. De beperkte steekproefgrootte en het feit dat slechts één MKO kon worden opgevolgd met interviews beperken de generaliseerbaarheid van de resultaten. Bovendien is er mogelijk sprake van selectie-bias, aangezien deelnemers die gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een MKO en/of het interview wellicht positiever staan tegenover samenwerking. De relatief korte opvolgperiode maakt het daarnaast moeilijk om uitspraken te doen over langetermijneffecten en duurzame implementatie van afspraken.

Ook dient rekening te worden gehouden met de contextgebondenheid van de resultaten. Lokale dynamieken, bestaande netwerken en persoonlijke relaties kunnen een belangrijke invloed hebben op de impact van het MKO, waardoor resultaten niet één-op-één overdraagbaar zijn naar andere regio's.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de langetermijneffecten van herhaalde MKO's en nagaan in welke mate regelmatige overlegmomenten leiden tot structurele veranderingen in samenwerking en patiëntenzorg. Daarnaast is het aangewezen om ook patiëntgerelateerde uitkomsten, zoals tevredenheid, zorgcontinuïteit en functionele resultaten, mee te nemen om de klinische meerwaarde van het MKO verder te onderbouwen.

Tot slot is het relevant om na te gaan welke organisatorische en beleidsmatige ondersteuning nodig is om het MKO duurzaam te verankeren, zeker in het licht van mogelijke toekomstige hervormingen zoals directe toegang tot kinesitherapie.

Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat het MKO vooral functioneert als een waardevolle stap richting meer afgestemde en interprofessionele samenwerking. Het overleg draagt bij aan het verlagen van drempels om met elkaar contact op te nemen, het expliciteren van verwachtingen en het versterken van onderlinge relaties, maar leidt op korte termijn nog niet tot een volledig geïntegreerde interdisciplinaire zorg. Verdere thematische verdieping, herhaling van het overleg en duidelijke coördinatie lijken noodzakelijk om de evolutie naar interdisciplinaire zorg te bestendigen en om samenwerking ook op zorginhoudelijk niveau verder uit te bouwen.

Referenties

1. Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. Physiotherapy. 2021;111:31–9.
2. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Journal of public health. 2015;37(4):716–27.
3. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact of models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and emergency care contexts in patients with musculoskeletal disorders: A narrative review. Revue D'epidemiologie et de Sante Publique. 2020;68(5):306–13.
4. Careau EB, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care – Guide. RCPI. 2014:24.
5. Meijer LJ, de Groot E, Honing-de Lange G, Kearney G, Schellevis FG, Damoiseaux RA. Transcending boundaries for collaborative patient care. Medical teacher. 2021;43(1):27–31.
6. Van Impe S. Case study: Hoe ervaren patiënten, kinesisten en huisartsen directe toegang tot de kinesitherapie bij acute lage rugpijn in wijkgezondheidscentrum De Kaai in Gent? . ICHO databank: Universiteit Gent; 2023.
7. Potoms R. Patiëntgerichte samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeut? Beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting. ICHO databank: Universiteit Gent; z.d.
8. Johanns S. Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts. ICHO databank: K.U. Leuven; 2014.
9. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. Primary Health Care Research & Development. 2015;16(3):304–8.
10. Scaffardi R. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1989;39(326):375.
11. Cattrysse E, Van den Broeck J, Petroons R, Teugels A, Scafoglieri A, van Trijffel E. Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: a scoping review from a patient, provider, and societal perspective. Archives of Physiotherapy. 2024;14:20.
12. Van Roy P. Advies van Federale Raad voor kinesitheraprie over directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). In: kinesitherapie FRvd, editor. 2015. p. 30.
13. Piscitelli D, Furmanek M, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. La Clinica Terapeutica. 2018;169(5):e249–e60.
14. AXXON. Medisch kinesitherapeutisch overleg z.d. Available from: https://www.axxon.be/nl/mko/.
15. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. International journal of integrated care. 2018;18(1):5.
16. Bossu J. Visie van de huisarts op MFO en medicatiereview en de samenwerking met de apotheker. ICHO databank: Universiteit Gent; z.d.

Bijlagen

Bijlage 1: Inhoud MKO

Het medisch kinesitherapeutisch overleg werd ontwikkeld door AXXON (beroepsvereniging kinesitherapeuten), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Huis voor Gezondheid (samenwerkingsstructuur van Nederlandstalige gezondheidsorganisaties) met de bedoeling de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten aan te moedigen en te verbeteren. In overleg met deze organisatoren hebben we toestemming om het ondersteunend pakket voor de organisatie van een MKO te gebruiken voor dit onderzoek (cfr bijlage 4).

Het ondersteunend pakket bestaat uit een praktische handleiding met volgende bijlagen:

1. Modeluitnodiging MKO
2. Checklist: online MKO
3. F-lijst en E-lijst
4. Wegwijzer kinesitherapie
5. Voorblad MKO
6. Naamkaart MKO
7. Evaluatieformulier voor deelnemers
8. Evaluatieformulier voor moderatoren
9. Bijlage bij thema 1: beschikbaarheid en communicatie
10. Voorbeeld bevestiging deelname MKO
11. Bijlage bij bevestiging deelname: verloop zoom meeting met break-out rooms

Inhoudelijk bevat het pakket 5 thema's die kunnen besproken worden: bereikbaarheid en communicatie, kinesitherapeutisch voorschrift, samenwerking huisarts en kinesitherapeut, bijzondere beroepsbekwaamheden in de kinesitherapie (BBK) en preventie binnen de kinesitherapie.

Elk thema wordt kort voorgesteld, waarna suggestie-vragen worden aangereikt die kunnen dienen als leidraad voor het overleg. Soms wordt er gekozen voor het bespreken van alle thema's, soms worden er 1 à 2 thema's uitgelicht met de bedoeling deze grondig te bespreken. Na elk thema worden telkens afspraken vastgelegd, genoteerd en achteraf verzonden naar de deelnemers. Daarnaast is het ook mogelijk om een eigen inbreng in elk MKO te implementeren. Belangrijk hierbij te vermelden is dat het niet de bedoeling is patiëntencasussen te bespreken tijdens een MKO.

Met behulp van Axxon, Domus Medica en Huis voor Gezondheid en de huidige organisatoren laten we dergelijk MKO plaatsvinden.

Het hierboven beschreven materiaal kan teruggevonden worden via volgende weblink: https://www.domusmedica.be/opleidingspakketten/mko

Bijlage 2: Uitnodigingsmail deelnemers

Domus Medica, Axxon en Huis voor Gezondheid ontwikkelden in 2019 het Medisch Kinesitherapeutisch Overleg (MKO), met als doel de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten te optimaliseren.
Huisartsen en kinesitherapeuten die deze bijeenkomsten al bijwoonden, waren zeer lovend. Ze zagen het als een kans om elkaar beter te leren kennen en kregen inzicht in elkaars expertise. Daarnaast werden afspraken gemaakt over communicatie, voorschriften en terugbetalingsmodaliteiten en was er ook ruimte voor eigen inbreng over specifieke onderwerpen, afhankelijk van de interesse.

Wij zijn 4 huisartsen in opleiding aan de Universiteit van Gent en zouden voor onze thesis graag een dergelijk MKO organiseren in 2025. Het is onze bedoeling dergelijke MKO's te observeren, te evalueren en te optimaliseren. **Via deze weg nodigen we u graag uit om deel te nemen aan een MKO dat we zullen organiseren in uw regio.**

Waarom moedigen we deelname aan het MKO aan?

- Interessante, praktische en leerrijke onderwerpen komen aan bod.
- Het is de ideale gelegenheid om onderlinge contacten te leggen met collega's die in dezelfde regio werkzaam zijn.
- Afspraken worden gemaakt waar zowel huisarts als kinesitherapeut achter staan.
- Accreditatie zal worden aangevraagd.

Concrete planning in kader van onze thesis:

- Deelname aan het MKO
- De laatste 5 minuten van het MKO zullen voorzien worden om een evaluatieformulier in te vullen om te peilen naar uw mening over het MKO.
- Drie maanden na het MKO zullen we 6 diepte-interviews organiseren om feedback te ontvangen over het MKO en de implementatie van afspraken in kaart te brengen. Dit is geheel vrijblijvend.

In bijlage vindt u ons onderzoeksprotocol en een informed consent, zodat u meer inzicht kan krijgen in de opzet van deze studie. Graag verwijzen we ook naar de volgende webpagina: https://www.domusmedica.be/opleidingspakketten/mko . Twijfel zeker niet om ons te contacteren indien u nog verdere vragen heeft.

Met vriendelijke groeten
Pauline Van der Meeren (0494033858)
Tineke Vermeulen (0491553212)
Lisa Van Melkebeke (0492 77 55 08)
Rieke Wancour (0476 82 76 05)

Bijlage 3: Informatie-en toestemmingsformulier voor de deelnemers

Geïnformeerde toestemmingsbrief voor de deelnemers:

Medisch kinesitherapeutisch overleg: een springplank naar betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?

Beste,

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

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek van de Universiteit Gent. Het doel van dit onderzoek bestaat erin de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in kaart te brengen. U heeft zonet een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO).

Dit overleg werd ontwikkeld door AXXON (beroepsvereniging kinesitherapeuten), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Huis voor Gezondheid met de bedoeling de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten aan te moedigen en te verbeteren. Het MKO is een bijeenkomst op regelmatige basis tussen huisartsen en kinesitherapeuten binnen dezelfde regio, georganiseerd vanuit beide partijen. Het zorgt voor een leerrijke ontmoeting tussen beide zorgverleners, waarbij concrete afspraken gemaakt kunnen worden. Op deze manier wordt de samenwerking meer op elkaar afgestemd, volgens de zorgnoden van de patiënt.

Het verloop van de algemene samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten was reeds het onderwerp van verschillende studies. Verscheidene struikelblokken werden hierbij beschreven, zoals onder andere onvoldoende kennis over het kinesitherapeutisch beroep, een toenemende vraag naar een geactualiseerd kinesitherapeutisch voorschrift en een tekort aan informatie-overdracht zowel tijdens als na de verwijzing. Algemeen komt er een tekort aan persoonlijk contact en overleg vaak naar boven. Dit persoonlijke contact zou volgens huisarts en kinesitherapeut helpen om verschillen in opvattingen in kaart te brengen en bespreekbaar te maken.

In deze thesis zal de focus specifiek gelegd worden op het belang en de meerwaarde van MKO's. Er wordt ook onderzocht wat er uit deze overlegmomenten kan geleerd worden en hoe we deze verder kunnen optimaliseren. U wordt immers gevraagd een evaluatieformulier, zoals voorzien door de ontwikkelaars van het MKO, anoniem in te vullen. In een tweede fase van de studie wordt per MKO na 3 maanden een diepte-interview bij telkens 6 deelnemers (3 huisartsen en 3 kinesitherapeuten) voorzien. U wordt hiervoor vrijblijvend uitgenodigd.

De onderzoekers verzoeken u dus vriendelijk tot:

- Deelname aan het MKO binnen uw regio (1u30 - 2u)
- Invullen van het evaluatieformulier onmiddellijk na het georganiseerde MKO (5 minuten)
- Vrijwillige aanmelding bij interesse in het diepte-interview, ongeveer 3 maanden na het MKO (30 minuten)

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

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Boeckxstaens en dr. Crombez.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om geobserveerd te worden tijdens uw deelname aan een interprofessionele teamvergadering zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoekers.

3. VOORDELEN

Er wordt accreditatie aangevraagd voor beide beroepsgroepen. Daarnaast kunnen de

verkregen resultaten leiden tot nieuwe inzichten in verband met de huidige samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut en het belang en de meerwaarde van MKO's. Het is de ideale gelegenheid om onderlinge contacten te leggen met collega's die in dezelfde regio werkzaam zijn.

4. KOSTEN

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

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

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

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

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

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

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

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

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

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Rieke Wancour, Pauline Van der Meeren, Lisa Van Melkebeke, Tine Vermeulen, onder leiding van promotor Prof. Dr. Boeckxstaens. Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

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

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

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

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

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

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoekers.

Namen: Rieke Wancour, Pauline Van der Meeren, Lisa Van Melkebeke, Tine Vermeulen

Respectievelijke telefoonnummers: 0476827605, 0494033858, 0492775508, 0491553212

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

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

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

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

- Deelname aan het MKO (medisch kinesitherapeutisch overleg	
- Invullen van evaluatieformulier (onmiddellijk na MKO)	

Ik stem in om deel te nemen aan volgende **optionele deelaspecten** van de studie:

- Deelname aan interview 3 maanden na MKO	

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Naam en voornaam van de arts-onderzoekers	Handtekening	Datum: 25-04-2025
Rieke Wancour		
Pauline Van der Meeren		
Lisa Melkebeke		
Tine Vermeulen		

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

Evaluatieformulier - DEELNEMERS

Ik ben - kinesitherapeut - huisarts - andere: …
Datum waarop de bijeenkomst plaatsvond …
Nummer van de LOK *(indien van toepassing)* …
Vond de bijeenkomst via digitale weg plaats? - Ja - Nee
Gemeente waar de bijeenkomst doorging *(indien van toepassing)* …
Aantal personen dat deelnam (inclusief moderator(en)) …

Evaluatieformulier

Gelieve eventuele bedenkingen, aanvullingen e.d. bij onderstaande stellingen op te nemen in het kader onderaan ieder luik.

U dient bij iedere vraag één antwoord op de schaal aan te duiden. Indien nodig kiest u links de optie 'Niet van toepassing'.

Inhoud MKO

	N.v.t.	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
De aangereikte onderwerpen via het MKO-pakket (presentatie) zijn relevant om te bespreken met kinesitherapeuten en huisartsen.						
De onderwerpen omvatten alle relevante zaken om te bespreken met kinesitherapeuten en huisartsen.						
De punten die werden besproken (presentatie) waren vernieuwend.						
Zaken die voortkwamen uit de reflecties en discussies waren vernieuwend.						
We zijn tot concrete afspraken gekomen waarmee we ook effectief aan de slag kunnen binnen de praktijk.						

Open veld voor aanvullingen bij bovenstaande stellingen **'Inhoud MKO'** ...

Verloop bijeenkomst

	N.v.t.	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Er was een goede interactie in de groep, tussen kinesitherapeuten en huisartsen.						
De beschikbare tijd kon goed en evenwichtig (voldoende tijd voor ieder onderwerp) worden ingevuld.						

Open veld voor aanvullingen bij bovenstaande stellingen **'Verloop bijeenkomst'** ...

Moderator(en)

	N.v.t.	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
De moderator(en) beheerste(n) het onderwerp.						
De moderator(en) heeft/hebben kennis van kinesitherapie en geneeskunde.						
De moderator(en) stimuleerde(n) interactie binnen de groep.						
De moderator(en) kon(den) vragen die aan bod kwamen beantwoorden en/of ervoor zorgen dat deze in groep werden beantwoord.						

Open veld voor aanvullingen bij bovenstaande stellingen **'Moderator(en)'** ...

Voldeed het overleg aan uw verwachtingen? …
Wat kon beter? …
Zou u het overleg aanraden aan uw collega's? …

Hartelijk dank voor het invullen van het evaluatieformulier

Uw inbreng wordt vertrouwelijk behandeld door de ontwikkelaars van dit MKO-pakket en enkel gebruikt om het pakket en de ondersteuning te verbeteren.

Bij vragen kan u steeds contact opnemen met …

Bijlage 5: Richtvragen interview

- Kende u op voorhand het principe van een MKO?
    - Zo ja: via welke weg?
- Had je op voorhand het gevoel dat er nood was aan een MKO?
- Waarom deed u mee aan het MKO?
- Had u bepaalde verwachtingen van het MKO?
- Zijn er zaken die volgens jou stroef liepen binnen de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?
- Welke zaken liepen reeds goed?
- Wat heeft u meegenomen uit het MKO?
- Zijn er zaken die u heeft bijgeleerd?
- Concrete afspraken die u zelf gaat toepassen of reeds toegepast heeft?
- Zijn er nieuwe contacten die u heeft gelegd?
- Op welke manier heeft het MKO de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten voor u beïnvloed?
- Zijn er afspraken gemaakt tijdens het MKO die niet haalbaar bleken?
- Heeft u suggesties voor toekomstige topics die aan bod komen in het MKO?
- Heeft u zelf suggesties om het MKO in de toekomst toch te verbeteren/ haalbaar te maken?
- Staat u open voor een jaarlijks MKO? Welke meerwaarde zou dit brengen voor u?
- Wat zou ervoor kunnen zorgen dat deelname aan een MKO aantrekkelijker wordt?

Bijlage 6: Samenvatting MKO 1 en 2

Samenvatting MKO 1

Voor uitgebreide info over de besproken onderwerpen verwijzen we naar de MKO powerpoint (zie bijlage mail). De samenvatting hieronder gaat enkel over de gevoerde discussie tijdens het MKO.

TAKE HOME MESSAGES

- Uitgebreide verslagen: liefst via eHealthBox (alternatief: papieren verslag)
- Korte berichten: via Siilo
- Dringende zaken of noodzaak tot overleg: liefst telefonisch
    - Niet: via patiënt, via mail
- Als een patiënt aangesloten is in een WGC, graag laten weten aan de huisarts
- Als een patiënt palliatief is, graag op het voorschrift vermelden
- Als je als huisarts een verslag/update wenst, graag op het voorschrift vermelden
- Bij complexe pathologieën graag een korte verwijsbrief toevoegen aan het voorschrift (medische beeldvorming, voorgeschiedenis, yellow flags)
- 1 actieve hoofddiagnose op het voorschrift
- Consultatief onderzoek enkel indien twijfel of kinesitherapie nodig is

Platformen om te communiceren

EHealthBox	- GDPR proof - Verslag komt rechtstreeks in dossier huisarts (afhankelijk van softwaresysteem huisarts en kinesitherapeut), veel huisartsen zouden graag via deze weg digitaal verslagen ontvangen. - Geen antwoord van de huisarts betekent niet dat ze het verslag niet gezien hebben.
Papieren verslag	- Voor kinesitherapeuten meer gevoel van zekerheid dat het bij de arts terecht komt. - Artsen verkiezen een digitaal verslag gezien een papieren verslag extra administratief werk met zich meebrengt, geeft ook minder overzicht.
Siilo (app)	- GDPR proof - Werkt goed als (bijna) iedereen de app heeft - Laagdrempelig, handig voor korte berichten (geen verslagen) - Opgelet! Berichten blijven slechts 30 dagen zichtbaar en kunnen niet geïntegreerd worden in dossier.
Telefonisch	- Voorkeur communicatiemiddel bij dringende zaken, of indien overleg noodzakelijk. - Drempel vanuit beide beroepsgroepen om contact op te nemen is onterecht, de meerderheid van de groep vindt telefonisch overleg het gemakkelijkst en indien het niet past op het moment zelf kan er een nieuw overlegmoment afgesproken worden.
Mail	- Niet GDPR proof - Niet de voorkeur voor overleg: moeilijk om nuances te leggen.
Patiënt	- Via patiënt liever geen contact leggen met andere zorgverlener, kan op verkeerde manier worden overgebracht.

Inhoud informatie-uitwisseling

	Huisarts naar kinesitherapeut	Kinesitherapeut naar huisarts
Welke info?	- Voorgaande beeldvorming - Relevante medische voorgeschiedenis - Verslagen na bvb operatie of bezoek aan fysische specialist/orthopedist - Gele vlaggen: psychische/sociale context die beleid kunnen beïnvloeden	- Trajecten die niet goed lopen; hierbij reeds gevoerd beleid en therapietrouwheid patiënt - Feedback over (al dan niet foute) diagnose - Nood aan verwijzing of beeldvorming (bij optreden rode vlaggen) Indien patiënt in aanmerking komt voor E-/F-pathologie statuut
Hoe?	Via extra verwijsbrief bij kinevoorschrift (zeker bij oudere patiënten zinvol)	Via verslag eHealthBox of telefonisch bij problemen

Het voorschrift (moet binnen 2 maanden gebruikt worden)

<u>Aandachtspunten voor artsen:</u>

Diagnose op voorschrift

- Beperk je tot 1 actieve diagnose.
- Bij opmerkingen kan je eventueel relevante informatie toevoegen (nevendiagnosen)
- Diagnose liever vaag houden: bvb 'pijn' in plaats van 'artrose' (anders mogelijks problemen bij terugbetaling).

Behandeling op voorschrift

- Therapie-inhoud is niet verplicht (indien je het schrijft is de kinesitherapeut wettelijk verplicht deze behandeling uit te voeren)
    - Opgelet: 'dry needling' enkel op voorschrift is geen goedgekeurde behandeling en wordt dus niet terugbetaald.

Vaak vergeten elementen

- Handtekening
- Aantal sessies (= bindend, kinesitherapeuten mogen niet meer sessies doen, enkel minder)
- Indien je een verslag wenst, zet je dit best op het voorschrift.
- Indien de patiënt een palliatief statuut heeft, is het handig wanneer dit op het voorschrift vermeld staat.

<u>Aandachtspunten voor kinesitherapeuten:</u>

- Voorschrift op voorhand al schrijven zodat arts enkel nog dient te ondertekenen: enkel bij verlenging gewenst door de artsen.

Verschillende statuten

1. Courante aandoeningen: patiënten hebben recht op 3 x 18 sessies (voor 3 verschillende aandoeningen) – 1 januari komt de teller op 0
2. E-pathologie: kinesitherapeuten doen aanvraag bij adviserend geneesheer, hebben hiervoor specialistisch verslag nodig (moet door specialist aangevraagd worden).
    a. Verlenging kan bij de huisarts – mits aanwezigheid van specialistisch verslag (patiënt moet voor elke vernieuwing een specialist zien)
    b. Patiënt heeft steeds recht op verhoogde tegemoetkoming (ongeacht de aandoening waarvoor de patiënt op dat moment kinesessies krijgt)
3. Fa- of Fb- pathologie: is kennisgeving door de kinesitherapeut, geen aanvraag

Consultatief onderzoek

- Kan 1x/pathologie/jaar worden aangevraagd, kost 30 euro ongeacht conventiestatus kinesitherapeut
- Nadelen voor kinesitherapeuten:
    - Moeten de patiënt dan nog terugsturen naar de arts voor een kinevoorschrift
    - Puur qua tarificatie niet voordelig
- <u>Conclusie voor artsen</u>: enkel voorschrijven indien huisarts twijfelt of er wel kinesitherapie nodig is

Samenvatting MKO 2

Voor uitgebreide info over de besproken onderwerpen verwijzen we naar de MKO powerpoint (zie bijlage mail). De samenvatting hieronder gaat enkel over de gevoerde discussie tijdens het MKO.

Platformen om te communiceren

EHealthBox	- GDPR proof - Verslag komt rechtstreeks in dossier huisarts (afhankelijk van softwaresysteem huisarts), veel huisartsen zouden graag via deze weg digitaal verslagen ontvangen - Geen antwoord van de huisarts betekent niet dat ze het verslag niet gezien hebben - Echter systeem dat nog niet volledig op punt staat in software van de kinesitherapeuten
Siilo (app)	- GDPR proof - Laagdrempelig - Berichten blijven slechts 30 dagen zichtbaar en kunnen niet geïntegreerd worden in dossier, kan wel langer indien aangeklikt - Wordt door de meeste huisartsen uit de regio al uitgebreid gebruikt - Kan ook geïnstalleerd worden op de computer voor verslagen/foto's - Vraagt discipline van de gebruiker: regelmatig berichten controleren
Telefonisch	- Voorkeur communicatiemiddel bij dringende zaken, of indien overleg noodzakelijk
Mail	- Niet GDPR proof
Patiënt	- Via patiënt liever geen contact leggen met andere zorgverlener, kan op verkeerde manier worden overgebracht - Kinesitherapeuten kunnen wel op CoZo samen met de patiënt (voor medische beeldvorming, medicatie,...)

TAKE HOME MESSAGES: communicatietools:

- Ehealthbox: handig indien beter uitgebouwd zou worden voor kinesitherapeuten
- Siilo: handig in gebruik, huisartsen in de regio Destelbergen gebruiken dit reeds. Eventueel MKO groep maken op Siilo.
- Telefonisch: dringende zaken
- Communicatie is laagdrempeliger als je de andere zorgverleners al eens gezien hebt.

Inhoud informatie-uitwisseling

	Huisarts naar kinesitherapeut	Kinesitherapeut naar huisarts
Welke info?	- Voorgaande beeldvorming - Relevante medische voorgeschiedenis - Verslagen na bvb operatie of bezoek aan fysische specialist/orthopedist - Gele vlaggen: psychische/sociale context die beleid kunnen beïnvloeden - Medicatie (vb bloedverdunners) - Zijn ze al eerder bij de kine geweest - Is het een langdurig probleem	- Trajecten die niet goed lopen; hierbij reeds gevoerd beleid en therapietrouwheid patiënt - Feedback over (al dan niet foute) diagnose - Nood aan verwijzing of beeldvorming (bij optreden rode vlaggen) - Indien patiënt in aanmerking komt voor E-/F-pathologie statuut
Hoe?	- Via extra verwijsbrief bij voorschrift	- Via Siilo of telefonisch bij problemen

Het voorschrift (moet binnen 2 maanden gebruikt worden)

Aandachtspunten voor artsen:

Diagnose op voorschrift

- Opgelet met rechts-links: best duidelijk vermelden
- Opgelet met 'artrose' want dat kan overal en valt onder dezelfde noemer.
- Voorkeur: "1 specifieke plaats op het lichaam (bv achillespees rechts)"

Behandeling op voorschrift

- Therapie inhoud is niet verplicht (indien je het schrijft is de kinesitherapeut wettelijk verplicht deze behandeling uit te voeren - vb modderbad)
- Opgelet: 'dry needling' enkel op voorschrift is geen goedgekeurde behandeling en wordt dus niet terugbetaald
- Opgelet met 'massage': dan verwachten patiënten dit, is echter niet steeds noodzakelijk
- Als je een verslag wenst en dit op het voorschrift schrijft, dan zijn kinesitherapeuten verplicht dit toe te voegen

Aandachtspunten voor kinesitherapeuten:

- Indien een patiënt over zijn aantal beurten is, best eens contact opnemen met de huisarts om te bespreken wat het verder beleid zou kunnen zijn en of kinesitherapie verder nog nuttig is

Verschillende statuten

=> Terug te vinden op toegelichte "kinewijzer" cfr bijlage

1. *Courante aandoeningen:* patiënten hebben recht op 3 x 18 sessies (voor 3 verschillende aandoeningen) – 1 januari komt de teller op 0
2. *E-pathologie:* kinesitherapeuten doen aanvraag bij adviserend geneesheer, hebben hiervoor specialistisch verslag nodig (moet door specialist aangevraagd worden).
    a. Verlenging kan bij de huisarts – mits aanwezigheid van specialistisch verslag (patiënt moet voor elke vernieuwing een specialist zien)
    b. Patiënt heeft steeds recht op verhoogde tegemoetkoming (ongeacht de aandoening waarvoor de patiënt op dat moment kinesessies krijgt)
3. *Fa- of Fb- pathologie*: is kennisgeving door de kinesitherapeut, geen aanvraag - kinesitherapeut kan inschatten of dit van toepassing is.

Consultatief onderzoek

- Kan 1x/pathologie/jaar worden aangevraagd, kost 30 euro ongeacht conventiestatus kinesitherapeut
- *Nadelen voor kinesitherapeuten:*
    - Moeten de patiënt dan nog terugsturen naar de arts voor een kine voorschrift
    - Puur qua tarificatie niet voordelig
- *Conclusie voor artsen*: enkel voorschrijven indien huisarts twijfelt of er wel kinesitherapie nodig is

Bijlage 7: Tabellen resultaten evaluatieformulier

Roos huisartsen ; Blauw=kinesitherapeuten

Inhoud van het overleg

		niet van toepassing	helemaal niet akkoord	niet akkoord	neutraal	akkoord	helemaal akkoord
De aangereikte onderwerpen via het MKO-pakket (presentatie) zijn relevant om te bespreken met kinesitherapeuten en huisartsen	MKO 1					9 5	7 5
	MKO 2				1	1 5	5 1
De onderwerpen omvatten alle relevante zaken om te bespreken met kinesitherapeuten en huisartsen.	MKO 1			1	1 1	9 7	5 2
	MKO 2			1		3 5	3 1
De punten die werden besproken (presentatie) waren vernieuwend.	MKO 1		1	 1	2 5	12 3	1 1
	MKO 2				3 2	3 3	1 1
Zaken die voortkwamen uit de reflecties en discussies waren vernieuwend.	MKO 1		1		1 5	12 4	2 1
	MKO 2				1 2	3 2	3 2
Wij zijn tot concrete afspraken gekomen waarmee we ook effectief aan de slag kunnen binnen de praktijk.	MKO 1	1			3 3	9 6	3 1
	MKO 2				2	2 5	3 1

Verloop van de bijeenkomst

		nvt	helemaal niet akkoord	niet akkoord	neutraal	akkoord	helemaal akkoord
Er was een goede interactie in de groep, tussen kinesitherapeuten en huisartsen.	MKO 1					9 6	7 4
	MKO 2					1 2	6 4

De beschikbare tijd kon goed en evenwichtig (voldoende tijd voor ieder onderwerp) worden ingevuld.	MKO 1					11 7	5 3
	MKO 2					3 5	4 1

Rol van de moderator

		niet van toepassing	helemaal niet akkoord	niet akkoord	neutraal	akkoord	helemaal akkoord
De moderator(en) beheerste(n) het onderwerp.	MKO 1				11 5	5 5	
	MKO 2				 1	4 4	3 1
De moderator(en) heeft/hebben kennis van kinesitherapie en geneeskunde.	MKO 1				10 6	6 4	
	MKO 2				1 1	3 4	3 1
De moderator(en) stimuleerde(n) interactie binnen de groep.	MKO 1			1	9 7	6 3	
	MKO 2				1	3 5	3 1
De moderator(en) kon(den) vragen die aan bod kwamen beantwoorden en/of ervoor zorgen dat deze in de groep werden beantwoord.	MKO 1				9 6	7 4	
	MKO 2					4 5	3 1

Bijlage 8: Protocol Commissie voor Medische Ethiek

1. Overzicht onderzoek

Studie overzicht:
Titel onderzoek: Medisch kinesitherapeutisch overleg: een springplank naar betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?
Protocolcode:
Hoofdonderzoeker: Pauline Boeckxstaens
Opdrachtgever: Universiteit Gent

Referentienummer: THE-2024-0327
Fase: Study ongoing, enrollment

Advies CME: goedgekeurd / advies gegeven

2. Gegevens onderzoek

2.1 Algemene gegevens

Vanuit welke Universiteit/Hogeschool wordt deze aanvraag gedaan? Universiteit Gent

Kadert deze aanvraag in de opleiding MaNaMa Huisarts-in-opleiding? (HAIO) Ja

Nederlandstalige titel van het onderzoek: Medisch kinesitherapeutisch overleg: een springplank naar betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?

Deze aanvraag handelt over: Niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel)

Wordt dit prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd met: Vragenlijsten, Interviews, Observaties

Zal er ook een retrospectieve dataverzameling gebeuren naast de prospectieve studie? Nee

Specifieer het type onderzoek Andere

Coördinatiecel Coördinatiecel ICHO (HAIO)

2.2 Uitvoering onderzoek

Geplande startdatum van het onderzoek: 15/01/2025
Geplande einddatum van het onderzoek: 30/09/2026
Wordt dit onderzoek op meerdere locaties uitgevoerd? Dit onderzoek is: Nationaal, monocentrisch
Zal dit onderzoek uitgevoerd worden op één of meerdere UZ diensten? Nee
Is de onderzoeksvraag verpleegkundig gerelateerd? Nee

3. Betrokkenen

3.1 Opdrachtgever

Wie is de opdrachtgever voor dit onderzoek (in België)? Universiteit Gent

3.4 Hoofdonderzoeker/promotor

Naam hoofdonderzoeker: Pauline Boeckxstaens Pauline.boeckxstaens@ugent.be
Universiteit Gent

Aanspreektitel hoofdonderzoeker: Prof. dr

Affiliatie van waaruit de hoofdonderzoeker het onderzoek wil uitvoeren: Universiteit Gent

Specificeer vakgroep van de hoofdonderzoeker: Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Oefent de hoofdonderzoeker een gezondheidszorgberoep uit? Ja
Welk gezondheidszorgberoep? 01, Arts

Upload/selecteer de cv van de hoofdonderzoeker (PI): Curriculum vitae - Pauline Boeckxstaens

Upload/selecteer het GCP certificaat van de hoofdonderzoeker (max 3 jaar oud): GCP certificaat

3.6 Onderzoeker(s)
Overzicht overige onderzoekers:
Kayleigh De Meulemeester
Vincent Dewitte
Friedel Crombez
Tine Vermeulen
Rieke Wancour
Pauline Van der Meeren
Lisa Van Melkebeke

3a betrokken student(en)
Zijn er meerdere studenten betrokken? Ja
Hoeveel studenten zijn betrokken? 04
3a.1 student (1)
Naam student (1) Lisa Van Melkebeke (lisa.vanmelkebeke@hotmail.com)
Is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgend KB 78: Ja
Upload/selecteer het CV van de student: Curriculum vitae- Lisa Van Melkebeke

3a.2 student (2)
Naam student (2) Rieke Wancour (rieke.wancour@gmail.com)
Is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgend KB 78: Ja
Upload/selecteer het CV van de student: Curriculum vitae- Rieke Wancour
3a.3 student (3)
Naam student (3) Tine Vermeulen (vermeulentineke99@gmail.com)
Is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgend KB 78: Ja
Upload/selecteer het CV van de student: Curriculum vitae- Tine Vermeulen
3a.4 student (4)
Naam student (2) Pauline Van der Meeren (paulinevandermeeren@hotmail.com)
Is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgend KB 78: Ja
Upload/selecteer het CV van de student: Curriculum vitae- Pauline Van der Meeren

4. Onderzoekslocaties
/

5. Inhoud onderzoek
5.1 Studie en interventies
Geef een (korte) samenvatting van het onderzoek (Nederlands):
Een optimale communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten is cruciaal om een goede zorg aan patiënten te kunnen verstrekken, vooral bij patiënten met een chronische en/of complexe problematiek. Momenteel wordt er in België gewerkt met een verwijsmodel, waarbij de patiënt een voorschrift nodig heeft van de arts om beroep te kunnen doen op kinesitherapeutische behandelingen. Niet alleen deze manier van verwijzen, maar ook het verloop van de algemene samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut waren reeds het onderwerp van verschillende studies. Verscheidene struikelblokken zijn hierbij beschreven, zoals onder andere onvoldoende kennis over het kinesitherapeutisch beroep, een toenemende vraag naar een geactualiseerd kinesitherapeutisch voorschrift en een tekort aan informatie-overdracht zowel tijdens als na de verwijzing. Beide beroepsgroepen werden vaak apart bevraagd naar hun visie op de samenwerking. Algemeen komt een tekort aan persoonlijk contact en overleg vaak naar boven. Dit contact zou volgens huisarts en kinesitherapeut helpen om verschillen in opvattingen in kaart te brengen en bespreekbaar te maken.

Dat een nieuw samenwerkingsmodel wenselijk is, volgt ook uit het advies opgesteld door de Federale Raad voor Kinesitherapie (2015) omtrent de directe toegang tot de kinesitherapie. Deze directe toegang betekent dat er voor welbepaalde medische indicaties en kinesitherapeutische handelingen niet langer een doktersvoorschrift vereist zou zijn. Gezien huisartsen en kinesitherapeuten momenteel vooral contact houden via de verwijzingen, zou er op zoek moeten gegaan worden naar een andere manier om elkaar op de hoogte te houden van de behandeling om zo de meest kwaliteitsvolle zorg te blijven bieden.

In een poging hierbij een stap in de gewenste richting te zetten, werd het medisch kinesitherapeutisch overleg ontwikkeld door AXXON (beroepsvereniging kinesitherapeuten), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen) en Huis voor Gezondheid. Dit met als doel de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten aan te moedigen en te verbeteren. Het MKO is een bijeenkomst op regelmatige basis tussen huisartsen en kinesitherapeuten binnen dezelfde regio, georganiseerd vanuit beide partijen. Het zorgt voor een leerrijke ontmoeting tussen beide zorgverleners, waarbij concrete afspraken gemaakt kunnen worden. Op deze manier wordt de samenwerking meer op elkaar afgestemd, volgens de zorgnoden van de patiënt. In deze thesis zal de focus specifiek gelegd worden op het belang en de meerwaarde van deze MKO's. Er wordt ook onderzocht wat er uit deze overlegmomenten kan geleerd worden en hoe we deze verder kunnen optimaliseren.

Onze studie betreft een prospectief kwalitatief onderzoek waarbij in 2 verschillende regio's binnen Vlaanderen een lokaal medisch kinesitherapeutisch overleg (MKO's) wordt georganiseerd. Bijlage 1 licht de inhoud van zo'n MKO toe. De bestudeerde populatie bestaat uit kinesitherapeuten en huisartsen binnen dezelfde regio, met een minimum van 20 deelnemers per MKO. We streven naar een gelijkwaardige verdeling van huisartsen en kinesitherapeuten binnen elk MKO. In totaal wordt er gemikt op 60 deelnemers aan deze studie. Beide MKO's worden per regio georganiseerd waardoor er geografisch gezien geen overlap is tussen de deelnemers van het MKO. Er wordt accreditatie aangevraagd voor beide partijen. Door contact te leggen met de organisatoren van reeds georganiseerde MKO's, werden knelpuntregio's voor het organiseren van een MKO duidelijk. Het gebruik van het reeds ontwikkelde MKO pakket werd goedgekeurd in een online overleg met de vertegenwoordigers van Axxon, Domus Medica en Huis voor Gezondheid. Dit werd ook contractueel vastgelegd (cfr bijlage 2). Voor de inclusie van de huisartsen werden de LOK-verantwoordelijken van de geselecteerde regio's aangeschreven via mail en/of telefonisch gecontacteerd. Voor de vertegenwoordiging van de kinesitherapeuten werd contact gelegd met de regio verantwoordelijken binnen Axxon. Zowel huisartsen en kinesitherapeuten worden uitgenodigd via mail (cfr bijlage 5) om deel te nemen aan het onderzoek. Het informed consent wordt eveneens via e-mail ter beschikking gesteld. Deelname wordt bevestigd via een Google Form.

Elk MKO wordt geobserveerd door 4 HAIO's met specifieke aandacht voor de interactie tussen de betrokken eerstelijnsactoren. Veldwerknotities worden gemaakt door de 4 HAIO's, alsook een audio-opname. Deze audio opname wordt opgeslagen op de server van UGent, is enkel bedoeld voor eigen gebruik en zal niet gepubliceerd worden. Na het kwalitatief onderzoek wordt ze dan ook verwijderd. De verkregen gegevens worden gepseudonimiseerd, gezien er gebruik zal gemaakt worden van persoonlijke gegevens (gender, leeftijd, beroep,...) voor de analyse. Tijdens het MKO wordt door elke deelnemer een toestemmingsformulier ondertekend (cfr bijlage 4). In dit toestemmingsformulier wordt duidelijk aangegeven dat dit onderzoek mogelijks gepubliceerd zal worden in Huisarts Nu.

Aansluitend op het MKO wordt aan alle participanten gevraagd het evaluatieformulier, zoals voorzien door de ontwikkelaars van het MKO, in te vullen (cfr bijlage 3). Het doel van deze evaluatie is om zowel de positieve als negatieve aspecten van het georganiseerde MKO in kaart te brengen.

In een tweede fase van de studie wordt per MKO na 3 maanden een diepte-interview bij telkens 6 deelnemers: 3 huisartsen en 3 kinesitherapeuten voorzien (een totaal van 12 geïnterviewde participanten). De deelnemers worden in eerste instantie gerekruteerd volgens spontane aanmelding voor het diepte interview, aangegeven via het inschrijvingsformulier (Google Form). Bij gebrek aan voldoende kandidaten voor de interviews worden de deelnemers na het MKO nog eens mondeling uitgenodigd om zo toch een voldoende aantal te behalen en data-saturatie te bekomen. Hierbij vermelden we dat weigering geen nadelige gevolgen zal hebben.

Voor deze diepte-interviews proberen we de duur te beperken tot 30 minuten, en trachten we te peilen naar de implementatie van de afspraken en de ervaring van het MKO. We willen hierbij een diepere betekenis geven aan de reeds ingevulde evaluatieformulieren. Er werden enerzijds enkele richtvragen op voorhand vastgelegd in een interview-guide (cfr bijlage 6), anderzijds zullen er ook vragen voortvloeien uit de antwoorden van de deelnemers. Enkel relevante informatie die essentieel is voor het onderzoek zal bevraagd worden. De interviews worden telkens willekeurig verdeeld onder de HAIO's (2 HAIO's per interview), in een poging observation bias te vermijden. Deze interviews zullen via audio opname worden vastgelegd voor eigen gebruik, opgeslagen op de server van Universiteit Gent en na de studie worden verwijderd.

<u>Wat is (zijn) de primaire doelstelling(en) en eindpunt(en) van dit onderzoek?</u>
In deze thesis zal de focus specifiek gelegd worden op het belang en de meerwaarde van MKO's. Er wordt ook onderzocht wat er uit deze overlegmomenten kan geleerd worden en hoe we deze verder kunnen optimaliseren.

<u>Wat zijn de secundaire doelstellingen en eindpunten van dit onderzoek?</u>
Als secundaire doelstelling hoopt dit onderzoek met de bevindingen aan de slag te gaan om te kijken naar hoe de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten hierdoor concreet verbeterd kan worden zodat er naar een beter afgestemd samenwerkingsmodel kan gegaan worden.

5.2 Vragenlijst & interviews
Welke gevalideerde vragenlijsten/interview guides zullen er gebruikt worden:

Evaluatieformulier Domus Medica, Axxon en Huis voor Gezondheid

Welke niet gevalideerde vragenlijsten/interview guides zullen er gebruikt worden: 3-tal maand na het MKO: interview adhv interview guide

In welke talen worden deze afgenomen? Nederlands

Zullen de interviews opgenomen worden? Ja

Waar zullen de opnames bewaard worden? Er zullen audio-opnames worden gemaakt. Dit zal bewaard worden op de persoonlijke schijf van de UGent en na transcriptie verwijderd worden. Voor het transcriberen zullen we het programma whisper gebruiken. Dit werkt lokaal op 1 computer waarbij gegevens beschermd worden.

Zullen de opnames verwijderd worden aan het einde van de studie? Ja

Upload/selecteer de vragenlijsten: Evaluatieformulier Domus Medica

Upload/selecteer interview guides: Interview guid

6. Deelnemers, rekrutering en informed consent

6.1 Deelnemers

Totaal aantal deelnemers in België voor het volledige project: 60
De deelnemers zijn: 1, Gezonde personen
Aantal gezonde deelnemers in België: 60
Berekening totaal aantal deelnemers (gezond en niet gezond) in België: 60
Geslacht van de deelnemers: Mannelijk, Vrouwelijk
Inschatting aantal deelnemers 0 tot 12 jaar in België: 0
Inschatting aantal deelnemers 12 tot 18 jaar in België: 0
Inschatting aantal deelnemers 18 tot 65 jaar in België: 60
Inschatting aantal deelnemers 65+ jaar in België: 0
Berekening totaal aantal deelnemers in België: 60
Zijn de deelnemers eigen studenten, eigen personeel en/of gevangenen? Nee

6.2 Rekrutering, informatie en toestemming

Zullen er wilsbekwame volwassenen deelnemen aan deze studie? Ja
Wordt de toestemming van de wilsbekwame volwassen deelnemers verkregen na een klare en objectieve uiteenzetting van het doel van het onderzoek? Ja
Upload/selecteer ICF wilsbekwame volwassenen: ICF
Zullen er wilsonbekwame volwassenen deelnemen aan deze studie? Nee
Hoe zal de ICF procedure verlopen? Het informed consent wordt via e-mail ter beschikking gesteld en wordt ter ondertekening aangeboden alvorens de start van het MKO, na ook een mondelinge verduidelijking ervan.

Lijst hier de belangrijkste inclusiecriteria op: Actief beoefenaar van het gezondheidszorgberoep huisarts of kinesitherapeut. Werkzaam binnen de kring waarin het MKO wordt georganiseerd.

Worden de belangrijkste inclusiecriteria opgelijst in het ICF? Ja

Lijst hier de belangrijkste exclusiecriteria op: /
Worden de belangrijkste exclusiecriteria opgelijst in het ICF? Ja
Worden alle in-en exclusiecriteria duidelijk opgelijst in het protocol? Ja
Beschrijf hier hoe de deelnemers worden gerekruteerd/gecontacteerd: Voor de inclusie van de huisartsen werden de LOK-verantwoordelijken van de geselecteerde regio's aangeschreven via mail en/of telefonisch gecontacteerd. Voor de vertegenwoordiging van de kinesitherapeuten werd contact gelegd met de regio verantwoordelijken binnen Axxon. Zowel huisartsen en kinesitherapeuten worden uitgenodigd via mail om deel te nemen aan het onderzoek. Deelname wordt bevestigd via een Google Form.

Wordt er rekruteringsmateriaal gebruikt, zoals flyers, poster, ...? Ja

6.3 Rekruteringsmateriaal

Worden er flyers gebruikt? Nee
Worden er reminders gebruikt? Nee
Worden er e-mails gebruikt? Ja
Upload/selecteer de e-mails: Uitnodigingsmail deelnemers
Worden er advertenties gebruikt? Nee
Worden er posters gebruikt? Nee
Worden er andere rekruteringsmaterialen gebruikt? Nee
In welke talen worden deze rekruteringsmaterialen aangeboden? 1, Nederlands
Bijzonderheden: /

6.4 Hoogdringendheid

Zijn er deelnemers van wie de toestemming niet kan worden verkregen wegens hoogdringendheid? Nee

7. Extra gegevens

7.1 Data management

Duid aan welke (direct en/of indirect) identificerende gegevens er verzameld worden: Emailadres, Geslacht, Jobpositie en werkplek, Leeftijd, Niet-specifieke leeftijd (bijvoorbeeld categorie 30-40 jaar), Telefoon / GSM nummer, Voor- EN achternaam, Andere-specifieer AUB

Specifieer het ander type van identificerende gegevens: RIZIV nummer (verzameld ikv accreditatie)

Specifieer het type database dat gebruikt zal worden: Spreadsheet
Worden de gegevens anoniem of gepseudonimiseerd opgeslagen in de database? De database is gepseudonimiseerd, de link naar de identiteit van de deelnemer wordt bijgehouden apart van de studiedata.

Wie is verantwoordelijk voor pseudonimiseren? Onderzoekers
Wie heeft toegang tot de code? Onderzoekers
Zal de deelnemer zelf 1 of meerdere vragenlijsten invullen tijdens het onderzoek? Ja

Hoe zullen de vragenlijsten aan de deelnemers worden aangeboden? Op papier

Beschrijf hoe de procedure voor het aanbieden van de vragenlijst zal verlopen: Aansluitend op het MKO wordt aan alle participanten gevraagd om het evaluatieformulier, zoals voorzien door de ontwikkelaars van het MKO, in te vullen. Op het evaluatieformulier worden geen persoonlijke gegevens gevraagd, zodat er geen link kan gelegd worden tussen de antwoorden en de deelnemers.

Zal de dataset gedeeld worden? Nee

Kan de verzamelde data in de toekomst hergebruikt worden voor een ander onderzoek? Ja

Wordt dit duidelijk vermeld in de ICF? Ja

Upload/selecteer het gegevensverwerkingsregister: DMP Online

7.4 Verzekering
Is er voor het onderzoek in België een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 of de Belgische wet van 22 december 2020? Ja

Door welke verzekeringspolis is dit onderzoek verzekerd? UZ of UGent

7.5 Financiën en budget
Wordt dit onderzoek financieel of materieel ondersteund? Nee

Wat is de geschatte kostprijs van dit onderzoek? 1, < € 20.000

7.6 Statistiek
Is er een SAP (statistical analysis plan) aanwezig? Nee

Op welke basis werd beoordeeld dat dit aantal deelnemers voldoende is om de doelstellingen van de studie te bereiken? Er werd eerst gekeken welke grootte van onderzoekspopulatie haalbaar is gedurende de periode van dit onderzoek. Zo werd tot de conclusie gekomen dat 2 MKO's organiseren, met telkens een 20-tal deelnemers, een haalbare doelstelling is. De eerste doelstelling is voornamelijk om een MKO te observeren en nadien naar de mening van de deelnemers te peilen via een evaluatieformulier. Informatie uit dit evaluatieformulier zal, naast vooropgestelde richtvragen, gebruikt worden als leidraad voor de interviews een 3-tal maand na het MKO. Uiteindelijk zal getracht worden om datasaturatie te bekomen via de interviews door steeds door te vragen.

Is het aantal deelnemers het resultaat van een formele steekproefberekening? Nee

Bijlage 9: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek



Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Pauline Boeckxstaens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Lisa Van Melkebeke	13/01/2025	1/7
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2024-0327	B6702024000544	

Betreft:

Medisch kinesitherapeutisch overleg: een springplank naar betere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?

Betrokken student(en):
- Lisa Van Melkebeke
- Tine Vermeulen
- Rieke Wancour
- Pauline Van der Meeren

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

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (06/01/2025):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT

UNIVERSITEIT GENT

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

Pagina
2/7

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

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