Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2012-2014

Stephanie Johanns

K.U. Leuven

Promotor: Prof. Dr. B. Aertgeerts, K.U. Leuven

Co-promotor: S. Van de Velde, K.U. Leuven

Praktijkopleider: Dr. B. Monden

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Inhoudstabel

1 Motivatie 2

2 Literatuur 3

2.1 Inleiding 3

2.2 Methode 3

2.2.1 "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?" 4

2.2.2 "Welke toepassingen bestaan er in België?" 5

2.3 Resultaten 5

2.3.1 "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?" 5

2.3.2 "Welke toepassingen bestaan er in België?" 9

2.4 Discussie 12

2.5 Conclusie 13

2.6 Bronnenlijst 13

3 Observationeel onderzoek 15

3.1 Inleiding 15

3.2 Methode 15

3.2.1 Opzet 15

3.2.2 Populatie 16

3.2.3 Analyse 16

3.3 Resultaten 17

3.3.1 Algemeen 17

3.3.2 Variabele: Onderlinge communicatie 18

3.3.3 Variabele: Voorkennis kinesitherapie en E-health 23

3.3.4 Variabele: Kinesitherapeutisch voorschrift 27

3.3.5 Variabele: Gegevensdeling 30

3.3.6 Tekstuele antwoorden 34

3.4 Discussie 36

3.4.1 Opzet studie 36

3.4.2 Resultatenbespreking 37

3.5 Conclusie 39

3.6 Bronnenlijst 40

4 Abstract 41

5 Dankwoord 42

6 Bijlagen 43

6.1 Vragenlijst 43

6.2 Tekstuele antwoorden op einde van vragenlijst 46

6.3 Formulier ethische commissie – informed consent 49

1 Motivatie

Al sinds het begin van mijn opleiding koester ik een belangrijke voorliefde voor muskuloskeletale en sportgerelateerde pathologieën. Hierin zien we in de recente richtlijnen ook meer en meer de evolutie naar actieve aanpak en de verwijzing naar kinesitherapie.

Wekelijks verwijzen wij dan ook verschillende patiënten naar kinesitherapeuten in de buurt, dit voor zowel preventieve, consultatieve, als curatieve kinesitherapie. Tot mijn grote ontgoocheling merk ik echter dat er slechts zelden gecommuniceerd wordt tussen huisarts en kinesitherapeut onderling. Het blijft vaak bij blinde verwijzingen, waarbij zowel kinesitherapeut als arts met te weinig informatie achter blijven.

In mijn persoonlijke relatie met een kinesitherapeut en al zijn vrienden, merk ik dat deze frustraties ook wederzijds blijken te zijn. Zo kwam ik dan ook snel tot de keuze van een onderwerp voor mijn masterproef, namelijk uitzoeken hoe we deze communicatie zouden kunnen verbeteren ten voordele van beide partijen, alsook voor de patiënt zelf.

In het licht van de huidige ontwikkelingen rond E-gezondheid groeide dan ook de interesse om dit probleem hierin te kaderen, om zo te kijken of we evidentie vinden om de communicatie elektronisch op punt te stellen.

2 Literatuur

2.1 Inleiding

De communicatie tussen kinesitherapeut en arts schiet vaak tekort (1) (2). In Nederland heeft men daarom in 2011 een nieuwe praktijkrichtlijn over de gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinesitherapeut (fysiotherapeut) ontwikkeld (3). Hierin betrekt men zowel het inhoudelijke, als het informatica-technische aspect van de communicatie. Een duidelijke wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt echter. In België is er tot op heden geen richtlijn met betrekking tot deze inter-professionele communicatie.

Hiernaast wordt er wereldwijd enorm veel onderzoek verricht naar de implicaties van E-gezondheid en haar potentieel bevorderend effect op kwaliteit en veiligheid van de zorg (4). In België zit de E-gezondheid ook in de lift, met grote projecten die uitgewerkt worden en weldra in voege zullen gaan (5). De interprofessionele communicatie tussen arts en kinesitherapeut zal dus vanzelfsprekend ook in dit kader moeten passen (6).

Wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om E-gezondheid echt doeltreffend te maken (4). Met de nieuwe ontwikkelingen in de E-gezondheid in België komt dus de nood aan een uniforme en wetenschappelijk gefundeerde structuur hierin, alsook kwaliteitscontrole achteraf.

Daarbij dringt er een eerste onderzoeksvraag op: “welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?”. Hiervoor voeren we een systematische review van de literatuur uit. Vervolgens gaan we verder kijken naar wat in België momenteel de toepassingen zijn om deze noden te vervullen, om zo uiteindelijk te komen tot de vraag: “wat zijn de resterende gaps in de informatie-uitwisseling tussen artsen en kinesitherapeuten?”.

2.2 Methode

De literatuurzoektocht verliep volgens de watervalmetafoor. We begonnen bij de quaternaire bronnen en gingen vervolgens tertiaire, secundaire en primaire bronnen raadplegen. We doorliepen ook de zogenaamde grijze literatuur, namelijk de publicaties die niet beschikbaar zijn via de normale kanalen.

Aan de hand van de titel werden artikels die duidelijk niet relevant waren voor de onderzoeksvraag meteen geëlimineerd. Vervolgens werden de abstracts bestudeerd, waarbij deze die niet bij onze onderzoeksvraag aanleunde ook niet geïncludeerd werden. Ten slotte werden alle mogelijk bruikbare artikels verder bekeken in full tekst om definitieve inclusie te bepalen. Er werd geen exclusie gedaan op basis van studie-opzet.

2.2.1 "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?"

Inclusiecriteria waren beschrijving van inhoudelijke aspecten van informatie-uitwisseling tussen arts en kinesitherapeut, informatie over methode van onderlinge communicatie, of over globale communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Er werd geen exclusie gedaan op basis van studie-opzet.

De quaternaire bronnen die doorzocht werden waren de NHG-standaarden, richtlijnen van Domus Medica, EBM PracticeNet, en database International Guideline Library van het Guidelines International Network. Zoektermen die hierbij gebruikt werden waren "communicatie" of "communication".

Tertiaire bronnen zoals Minerva en Clinical Evidence zijn kritische artikelbesprekingen door groepen deskundigen. We gebruikten de zoektermen "interdisciplinair" en "communicatie" bij Minerva. De zoektermen "interdisciplinary" en "physiotherapy + communication" werden gebruikt bij Clinical Evidence.

Onze zoektocht ging verder naar de secundaire bronnen, dit zijn de systematische reviews en meta-analyses. Hiervoor zochten we in The Cochrane Library en PEDro (The Physiotherapy Evidence Database). De zoektermen "interdisciplinary communication" en "interprofessional communication" werden gebruikt.

De oorspronkelijke studies, ook primaire bronnen genaamd, gingen we opzoeken via PubMed. Uiteenlopende oude en recente Mesh-termen voor "kinesitherapie" dwingen ons tot lange zoekstrings. De zoektermen die we gebruikten waren:

- ("Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapists"[Mesh]) AND ("Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh])
- ("Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND (("Family Practice"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]))
- ("Referral and Consultation"[Mesh]) AND (("Physical Therapy Specialty"[Mesh]) OR ("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ("Physical Therapists"[Mesh]))
- "Electronic Health Records"[Mesh] AND "Interdisciplinary Communication"[Mesh]
- "Continuity of Patient Care"[Mesh] AND (("Physical Therapy Specialty"[Mesh]) OR ("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ("Physical Therapists"[Mesh])).

Voor de zoektocht in de grijze literatuur doorbladerden we het archief van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (NTvF). We traden ook in communicatie met Prof. Rob de Bie van het Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP, Maastricht) en doorzochten de database van de recente masterproeven via het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO).

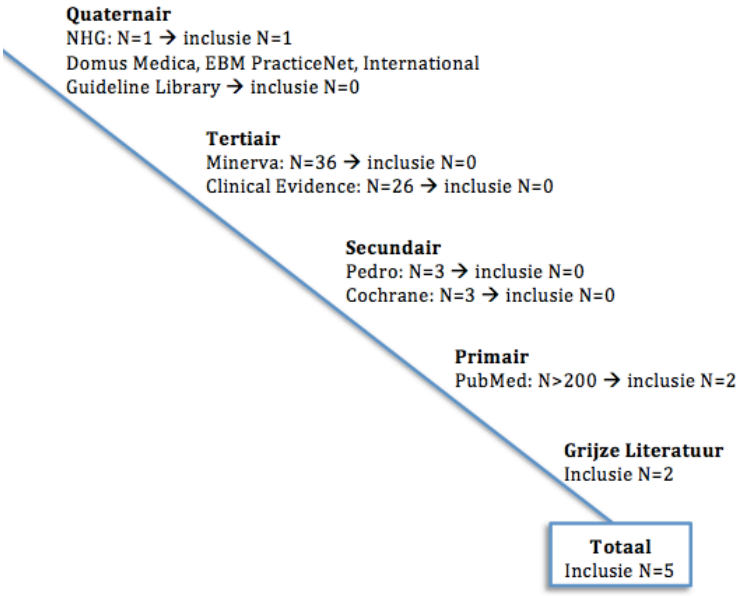
2.2.2 "Welke toepassingen bestaan er in België?"

Via de officiële websites van eHealth in België (https://www.ehealth.fgov.be/nl – "Over eHealth") en de ronde tafel gesprekken van eHealth (http://www.rtreh.be) konden we de nodige informatie aangaande de laatste ontwikkelingen van E-gezondheid in België vergaren.

Informatie omtrent informatisering en onderzoeksprojecten in de kinesitherapie vonden we terug via de website van de FOD Volksgezondheid (http://www.health.belgium.be) via Home/Gezondheidszorg/Telematica/Informatisering van de zorgverleners/Kinesitherapie.

2.3 Resultaten

2.3.1 "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?"



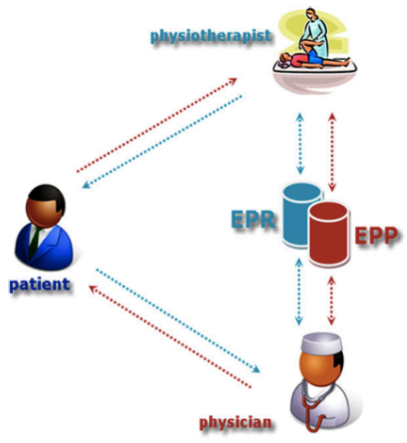
Figuur 1: Overzicht literatuurzoektocht

Vijf artikels werden in totaal weerhouden, waaronder **één richtlijn**. Zowel de tertiaire als de secundair bronnen leverden ons geen relevante artikels op. Uit de primaire bronnen (PubMed via Medline) konden we **2 relevante artikels** weerhouden. De magere oogst dwong ons verder tot een zoektocht in de grijze literatuur. Via het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie kregen we toegang tot **één relevant artikel** in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Communicatie met Prof. Rob de Bie van CEBP leverde ons geen nieuwe bruikbare artikels op. Via het ICHO en communicatie met de huisarts in kwestie konden we toegang krijgen tot nog **één relevante (ongepubliceerde) masterproef.**

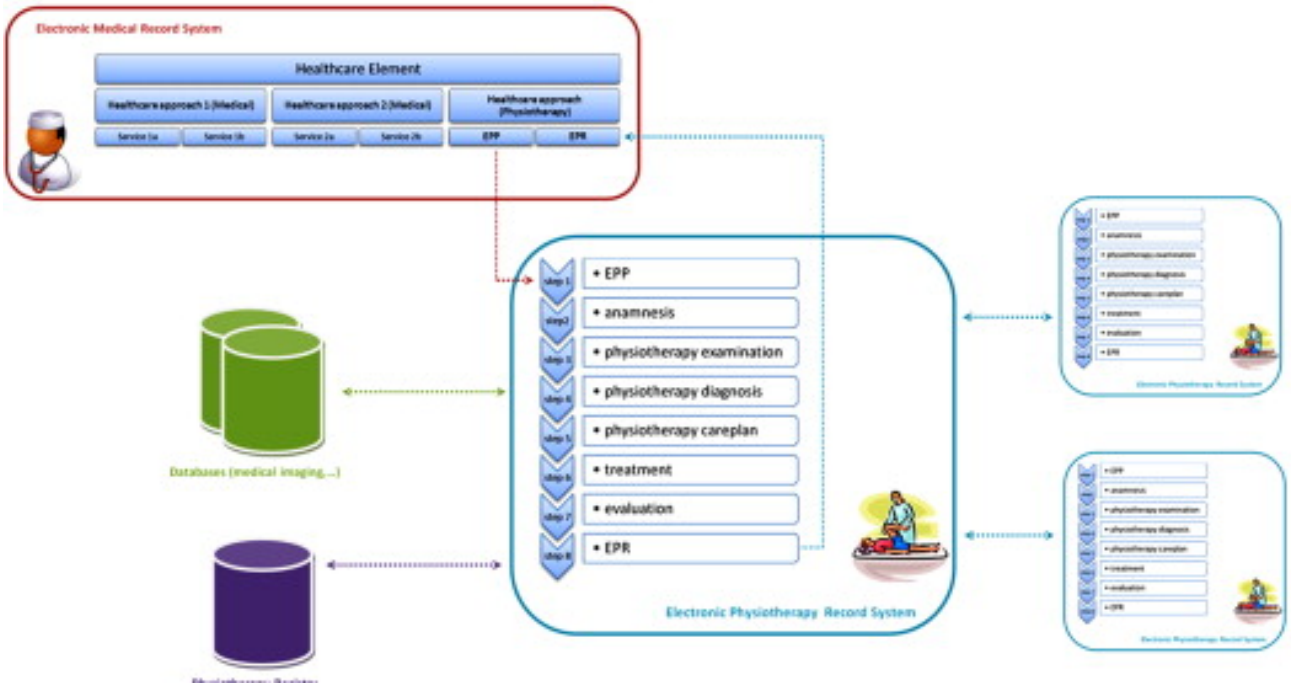
De richtlijn over **gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinesitherapeut** werd in **2012** uitgebracht in Nederland en biedt oplossingen voor de wederzijdse informatiebehoefte (3). Na het overlopen van logische momenten van informatie-uitwisseling bekijkt men de verschillende vormen van informatie-uitwisseling en de implementatie hiervan bij beide partijen. Er wordt gewerkt via *"envelop-kern-bijlage"*, waarbij er verplichte en optioneel toe te voegen rubrieken worden voorgesteld. Er is geen bronvermelding en ook geen vermelding van gedetailleerde methode van het opstellen van deze richtlijn.

Het eerste artikel gevonden via Pubmed gaat over **verwijzingen van huisarts naar kinesitherapeut** en werd gepubliceerd in **2003** (7). Er werden semi-gestructureerde **interviews** afgenomen bij 8 huisartsen, 8 kinesitherapeuten en 6 patiënten. Er werd gevraagd naar het type van verwijzing, de communicatie, ervaring en verwachtingen. Gezien de kleine populatie, specifieke context en methodologie moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Selectie van geschikte verwijzingen *("appropriate referral")* vormde voor enkele huisartsen een probleem, maar dit verliep vlotter mits goede communicatie met kinesitherapeuten. Artsen die onzeker waren over ongeschikte verwijzingen geven dan ook aan dat ze nood hebben aan betere communicatie om dit te voorkomen. Verschillende artsen geven tevens aan dat ze verwijzen voor een gedeelde behandeling *("load-sharing")*, waarbij niet alle last op hun schouders terecht komt. Een duidelijke miskenning van de inhoud van het beroep kinesitherapie zorgde voor belangrijke invloed op de verwachtingen van een kinesitherapeutisch consult, dit zowel bij artsen als patiënten. De verwachtingen werden in beide populaties gekleurd door voorgaande ervaringen. De auteurs geven dan ook aan dat verder onderzoek op de rol van communicatie op verwachtingen en uitkomst van een behandeling zeer nuttig zou zijn.

Het tweede artikel gaat over gestructureerde **elektronisch medische dossiers (EMD) bij kinesitherapeuten** en werd in **2009** door de belgen Buyl R. en Nyssen M. uitgebracht (8). Hierbij gingen zij kijken naar de structuur van EMD's bij kinesitherapeuten en de uitwisseling van informatie tussen verschillende partijen in de gezondheidszorg. Dit alles passend in de structuur van eHealth in België. Zij stellen zelf bruikbare schema's voor, gebaseerd op onderling overleg tussen verschillende betrokken partijen. De auteurs zijn ervan overtuigd dat ze een kader hebben gecreëerd waarin mogelijkheden bestaan tot het gestructureerd registreren van patienteninformatie, dat zo de communicatie tussen verschillende actoren in de gezondheidszorg bevordert.

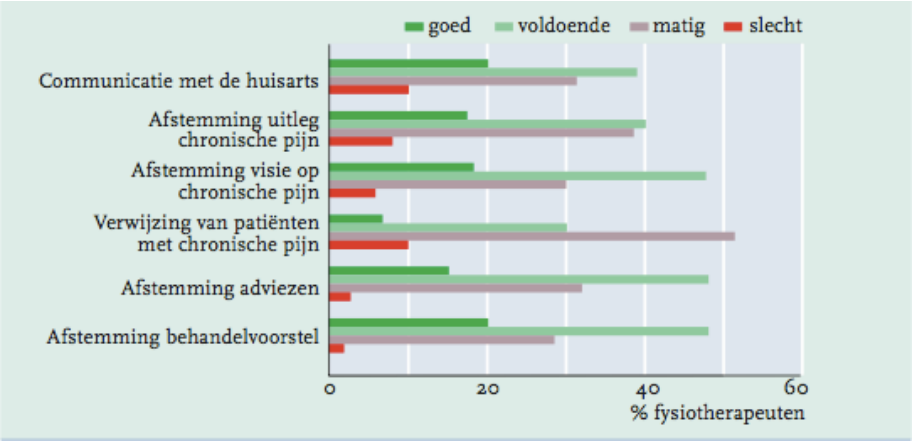


Figuur 2: Conceptueel model voor de elektronische uitwisseling van elektronische voorschriften (EPP) en elektronische kinesitherapie verslagen (EPR). **(8)**



Figuur 3: Schema voor structuur en interoperabiliteit tussen medische en kinesitherapeutische dossiers. Rode (EPP) en lichtblauwe (EPR) pijlen cfr. Figuur 1. Suggesties voor de toekomst zijn verbindingen met databasen van medische beeldvorming, e-health,.. (groen) en controlerende/registrerende instanties (paars). **(8)**

Over de **samenwerking van huisartsen en kinesitherapeuten bij patiënten met chronische pijn** werd in **2007** een nederlandse studie gepubliceerd (2). **64 kinesitherapeuten** (33%) beantwoordden een vragenlijst. De vragen gingen onder andere over onderlinge samenwerking, overleg en verwijzing. Zevenenveertig procent van de kinesitherapeuten ervoer knelpunten in de samenwerking met huisartsen bij patiënten met chronische pijn. De meest genoemde knelpunten waren: weinig mogelijkheden tot overleg, snel voorschrijven van medicatie, en kinesitherapeuten hebben het gevoel dat de huisarts de patiënt bij hen 'parkeert'. Verder werd aangegeven dat er bij de verwijzing relevante informatie ontbrak over mogelijke herstelbelemmerende factoren uit de voorgeschiedenis van de patiënt. Zevenenvijftig procent dacht dat de huisarts een verkeerde indruk heeft van de behandelmogelijkheden die de kinesitherapeut heeft voor patiënten met chronische pijn. De auteurs concluderen dat kinesitherapeuten met name ontevreden zijn over de verwijzing van de huisarts (Figuur 3). De huisarts beschikt als poortwachter namelijk over medische informatie die voor een kinesitherapeut van essentieel belang kan zijn. De auteurs menen dat de invoering van het elektronisch patiëntendossier een grote stap voorwaarts zal kunnen betekenen in de overdracht van informatie tussen disciplines in de eerstelijnszorg.



Figuur 4: De mening van kinesitherapeuten betreffende de samenwerking met de huisarts bij patiënten met chronische pijn. (n=64). **(2)**

De onderlinge **communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut** werd in **2009** onderzocht in een **masterproef** tot het behalen van de titel van huisartsgeneeskunde (1). Eerst deed men een **systematische review** met de vraag: *"wat is er reeds gekend over de communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten?"*. Nadien gebeurde er een **observationele studie** door het ontleden van 266 kinesitherapeutische voorschriften, voornamelijk op inhoud en volledigheid. Tenslotte deed men een **kwalitatief onderzoek** dmv. semi-gestructureerde interviews bij 10 kinesitherapeuten. Hier werd gepeild naar inhoud van de verwijzing, onderlinge communicatie en verslaggeving.

De systematische review toonde dat onderlinge communicatie als goed werd beoordeeld. Huisartsen verkozen over het algemeen een schriftelijke communicatie, maar in Vlaanderen was er een iets grotere vraag naar elektronische communicatie. Het populairste tijdstip tot communicatie was met name na afloop van de behandeling. Het krijgen van verslagen was zeer gewenst, maar werd slechts zelden voldaan. Kinesitherapeuten wensten geen uitgebreide beschrijving van de nodige behandeling, echter wel een juiste diagnose. Struikelblokken voor een goede communicatie waren beperkte kennis van de kinesitherapie, slechte ervaringen bij voorgaande communicatie, en beperkte beschikbaarheid en dominantie van de arts. De auteur concludeert dat meer communicatie de kennis tot het kinesitherapeutisch beroep bevordert, wat leidt tot meer verwijzingen. Deze verwijzingen zorgen voor meer ervaring, hetgeen op zijn beurt tot een betere communicatie leidt.

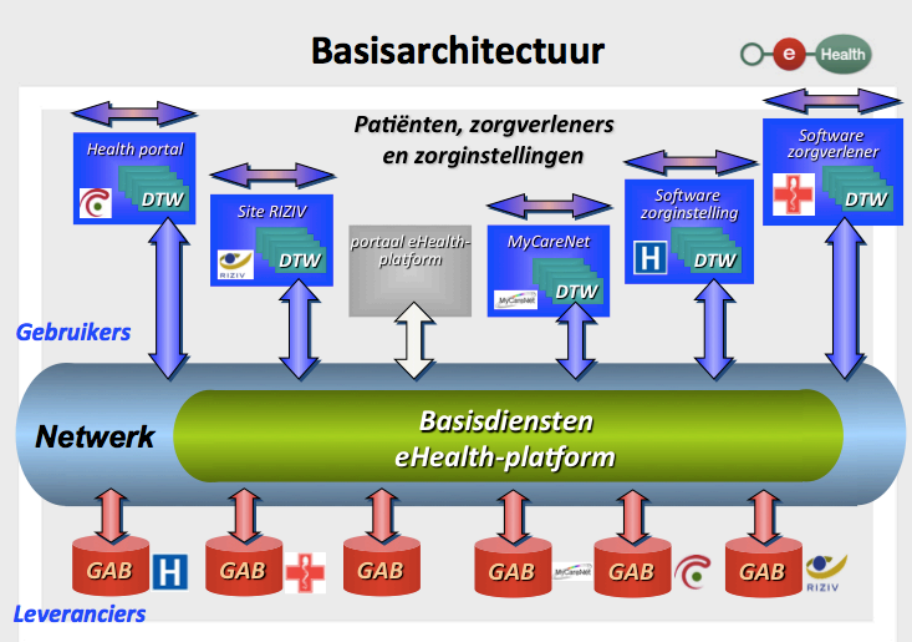
De interviews toonden dat negentig procent van de kinesitherapeuten het voorschrift te beperkt vinden wat betreft informatie over de patiënt. Zij wensten relevante medische voorgeschiedenis en uitslagen van medische beeldvorming. De aard van behandeling en frequentie van behandelingen werd als overbodig geacht. Tachtig procent van de kinesitherapeuten ervoer een tekort aan communicatie, voornamelijk door tijdsgebrek van huisartsen en in mindere mate dominante houding van huisartsen. De auteur maakt tevens een voorstel voor een toekomstig kinesitherapie voorschrift, waarbij een lijn voor medische voorgeschiedenis werd toegevoegd aan de gekende topics en er minder aandacht aan de behandeling wordt besteed.

2.3.2 *"Welke toepassingen bestaan er in België?"*

De laatste ontwikkelingen in **eHealth** vinden we via een recente presentatie van januari 2013 (9). Hieruit halen we schematische weergaves van de werking van eHealth, alsook uitleg over **eHealthBox**, het **verwijzingsrepertorium (metahub)**, **Recip-e project**, en de **extra-murale gegevensdeling**. Al deze gegevens zijn relevant in onze zoektocht naar de toepassingen voor communicatie reeds bestaande in België.

De definitie van het eHealth-platform wordt als volgt omschreven:

"Als openbare instelling heeft het eHealth-platform de missie om een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling te bevorderen en te ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg. Met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener, en het respect van het medisch beroepsgeheim. Om daardoor de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking te optimaliseren, de veiligheid van de patiënt te optimaliseren, de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te vereenvoudigen, en het gezondheidszorgbeleid degelijk te ondersteunen" (9).



Figuur 5: Basisarchitectuur eHealth (9).

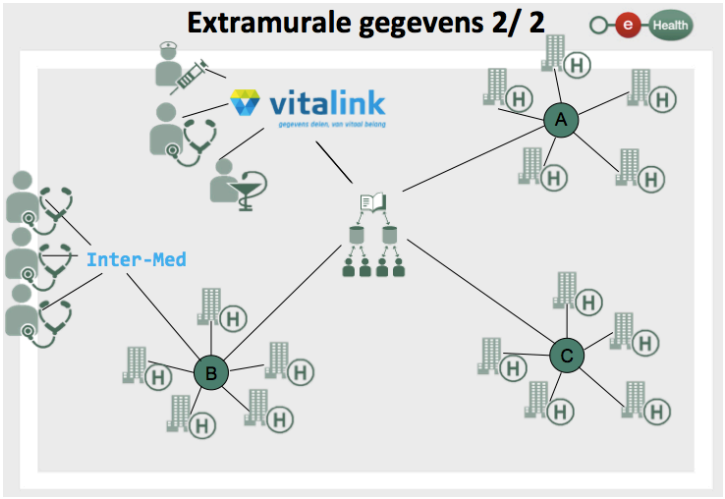
Via documenten van de ronde tafel gesprekken, waarvan op moment van schrijven het laatste dateert van april 2013, vinden we een nog uitgebreidere toelichting van bovenvernoemde projecten, aangevuld met eventuele deadlines (10):

- Het **Recip-e-project** voor het **elektronisch geneesmiddelenvoorschrift** wordt momenteel ontwikkeld, met geleidelijke uitbreiding tot andere voorschriften en orders, waaronder kinesitherapie. Inwerktreding vanaf januari 2014 voor het geneesmiddelenvoorschrift, januari 2015 voor andere voorschriften (10).

- Definitie van **eHealthBox**: *"Beveiligde **elektronische brievenbus** voor de uitwisseling van medische gegevens. (…) Verzenden van berichten naar "actoren in de gezondheidszorg" op basis van Rijksregisternummer, RIZIV-nummer, KBO-nummer. Via webtoepassing of geïntegreerd in het medisch dossier, met (of zonder) vercijfering op basis van eHealth-certificaten/-sleutels,…"* (9). Inwerktreding vanaf begin 2014.

- Definitie **Verwijzingsrepertorium (metahub)**: *"Geeft mits het akkoord van de betrokken patiënten aan bij welke actoren in de gezondheidszorg welke soort gegevens met betrekking tot welke patiënten worden bewaard."* (9). Vanaf 1 januari 2014 zullen alle raadplegingsverslagen, ontslagbrieven en operatieverslagen of de overeenstemmende berichten en gegevens van een patiënt die zijn informed consent heeft gegeven toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem voor de gemachtigde zorgverleners, zowel in een intramurale als extramurale omgeving. Het systeem is **momenteel beperkt tot de uitwisselingen tussen artsen zowel binnen als buiten de ziekenhuizen**. De intramurale en extramurale laboresultaten en resultaten van medische beeldvorming van patiënten die een informed consent hebben gegeven zullen vanaf 1 januari 2015 toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem, hetzij Vitalink of Inter-Med zowel in een intramurale als extramurale omgeving (10).

- Hiernaast worden er platformen voorzien voor **gegevensdeling tussen extramurale zorgverleners** (huisartsen, tandartsen, apothekers, kinesisten, thuisverplegers, diëtisten, psychologen,…). Dit voor ontsluiting van gegevens tussen lokale informatiesystemen van extramurale zorgverleners onderling, en tussen deze systemen en de informatiesystemen van zorg/welzijnsinstellingen via het hub/metahubsysteem (Figuur 6) (9). Hiervoor werd geen concrete deadline teruggevonden.



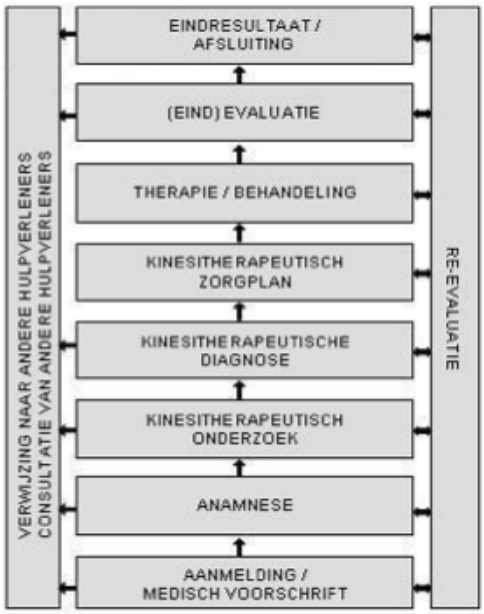
Figuur 6: "Extramurale gegevensdeling" **(9)**

Via de website van FOD Volksgezondheid kwamen we terecht bij documenten van het **OKIDO-project** ("Organisatie van het elektronisch KInesitherapeutisch patiëntenDOssier") (11). Dit project liep van 2006 tot 2007 en had als doel *"een voorstel te formuleren inzake een geoptimaliseerd kinesitherapeutisch dossier voor implementatie in softwarepakketten voor het beheer van kinesitherapeutische patiëntendossiers"*. Dit onderzoeksproject werd geleid door de WVVK (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten). Uit het eindverslag van 2007 halen we voorstellen die gemaakt worden i.v.m. de noodzakelijke inhoud van het **elektronisch**

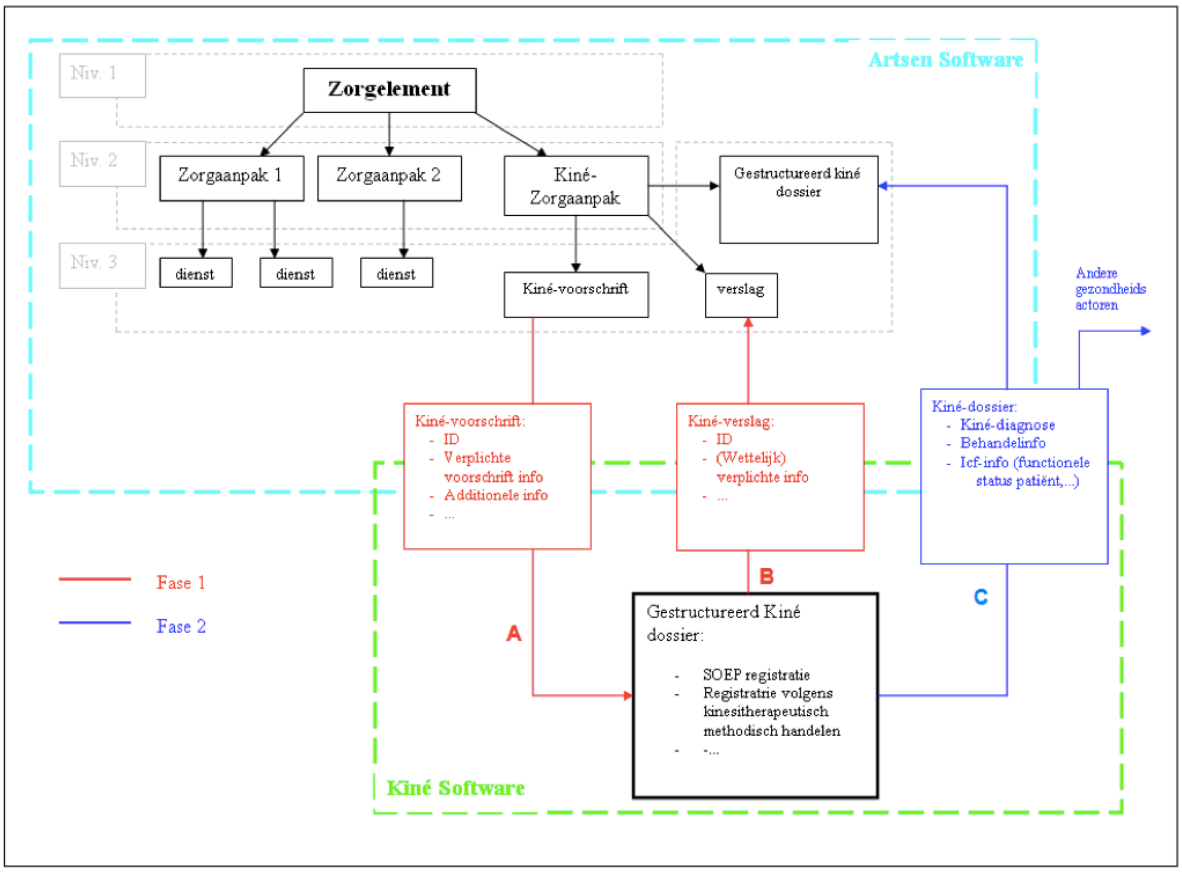
kinesitherapeutisch dossier, alsook voor **interoperabiliteit** en het **kinesitherapeutisch voorschrift** (12).

De structuur van hun voorstel voor het elektronisch kinesitherapeutisch dossier is gebaseerd op het beschreven **acht-stappenmodel** van het klinisch redeneren (Figuur 7). Met enerzijds de aanmelding (stap 1 van het stappenplan) via het kinesitherapeutisch voorschrift, een bericht dat van de voorschrijvende arts naar de kinesitherapeut gaat. Anderzijds is er het kinesitherapeutisch verslag, dat van de kinesitherapeut naar de arts gestuurd wordt (stap 8 van het stappenplan). Dit wordt in Figuur 8 weergegeven onder "Fase 1", namelijk de interoperabiliteit tussen arts en kinesitherapeut. De auteurs stellen voor om de basiselementen van de **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health) als denkkader te gebruiken voor de opmaak van het kinesitherapeutisch dossier, met benadering van de patiënt vanuit een bio-psycho-sociale visie.

Naast de reeds aanwezige, en deels wettelijk verplichte, informatie op het kinesitherapeutisch voorschrift stelt men voor om functionaliteiten voor het uitwisselen van bijkomende informatie (medische beeldvorming,…) betreffende de patiënt te voorzien. Een concreet model werd hiervoor nog niet uitgewerkt.



Figuur 7: Acht-stappenplan van het kinesitherapeutisch methodologisch handelen met lineair en cyclisch verlopende processen (**12**).



Figuur 8: "interoperabiliteit", uit eindverslag Okido-project 2007 **(12)**. *Fase 1: tussen arts en kinesitherapeut. Fase 2: tussen kinesitherapeuten onderling, en andere gezondheidswerkers.*

2.4 Discussie

We gingen op zoek naar welke informatie artsen en kinesitherapeuten nodig hebben in hun onderlinge communicatie, om vervolgens te kijken naar wat in België momenteel de toepassingen zijn om deze noden te vervullen.

Onze zoektocht leverde geen groot aantal artikels op, maar aan eenduidigheid ontbrak het niet. In alle studies kwam naar voor dat er nog vooruitgang te boeken is op het vlak van onderlinge communicatie. Hiervoor ontbrak het veelal aan kennis inzake de inhoud van het kinesitherapeutisch beroep. Deze bevinding komt naar voor in de meeste artikels, en dit zowel bij arts als kinesitherapeut. De gebrekkige **voorkennis** zal ook de verwachtingen en ervaringen (negatief) kleuren. Een eerste element in de zoektocht naar informatienoden is dus niet zozeer inhoudelijk, maar eerder omkaderend. Zonder juiste voorkennis is er geen goede communicatie mogelijk, gezien er minder (gericht) verwezen wordt. Diverse adviezen worden naar voor geschoven om deze voorkennis te gaan bevorderen: vaste overlegmomenten, de ontwikkeling van een multidisciplinair eerstelijnsprotocol, gezamenlijk patiënten zien, werken in gezondheidscentra,... Hiernaast kan een correcte voorkennis vermoedelijk ook verder gestimuleerd worden mits een goede toepassing van het elektronisch kinesitherapeutisch dossier, waarbij snelle overzichtelijke verslaggeving van kinesitherapeut naar arts mogelijk zou moeten zijn.

Een ander inhoudelijk aspect dat in alle studies naar voor kwam was het gebrek aan gegevens uit de **medische voorgeschiedenis en andere informatie** (medische beeldvorming,…). Buyl et al. bieden hiervoor alvast een voorlopig kader, waar het OKIDO-project dit enkel aankaart als zijnde iets om verder uit te werken in de toekomst. De Nederlandse richtlijn van NHG en KNGF geeft de aanbeveling tot het toevoegen van actuele medicatie, relevante voorgeschiedenis, medische beeldvorming en risicovol leefgedrag indien van toepassing. Het eHealth-platform voorziet hiervoor de ruimte via het concept "gegevensdeling extramurale zorgverleners", vermoedelijk via het metahub-systeem. Een volledige uitwerking en concrete deadline ontbreekt echter. Vermoedelijk is hier ruimte tot progressie eens het hub/metahub-systeem een goede werking vertoont tussen artsen onderling. Voor labo-resultaten en medische beeldvorming zal dit vanaf januari 2015 zijn.

In de studie van Charlier kwam de nood aan een concrete diagnose naar voor, eerder dan een uitgebreide beschrijving van behandeling. Hiernaast vonden de kinesitherapeuten in dit onderzoek het ook overbodig de frequentie van behandeling te moeten vermelden op het voorschrift. Via Recip-E zal vanaf januari 2015 het **kinesitherapeutisch voorschrift** elektronisch verstuurd worden, een concreet voorbeeld van een dergelijk voorschrift bestaat voorlopig nog niet. Mogelijk is het interessant een invulling hiervan te herbekijken op basis van nieuwe inzichten, eerder dan de huidige concepten zonder meer over te nemen. Het is alvast logisch dat zonder de juiste voorkennis van het kinesitherapeutisch beroep er geen correcte gedetailleerde invulling van behandeling kan gegeven worden. In de Nederlandse richtlijn van NHG en KNGF is er zelfs geen plaats meer voorzien voor een concrete behandeling, maar enkel ruimte voor een procedure-voorstel, waar men eerder vaag blijft, zoals bijvoorbeeld *"graag uw onderzoek*" of "*graag uw behandeling*".

2.5 Conclusie

Op het moment van schrijven zijn er reeds vele veranderingen op til, met enkele belangrijke overstappen richting E-gezondheid in België die zich afspelen begin 2014 en 2015. In hoeverre de toepassing hiervan in de praktijk zal verlopen, is vanzelfsprekend nog niet gekend.

In het licht van E-gezondheid en naar huidige normen konden wij volgende gaps voor een goede communicatie tussen arts en kinesitherapeut weerhouden:

- een duidelijke invulling van het topic "gegevensdeling tussen extramurale zorgverleners"
- inhoudelijke herziening van het (elektronisch) kinesitherapeutisch voorschrift

2.6 Bronnenlijst

1. Charlier K, Aertgeerts B. De communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. masterproef. ICHO; 2009.

2. Werkman SL, van Wilgen CP. Samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten bij patiënten met chronische pijn: een inventarisatie. Ned. Tijdschr. Fysiother. 2007; 4: p. 142-6.

3. Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Utrecht/Amersfoort: Nederlands Huisartsen Genootschap / Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.

4. Black AD, Car J, Pagliari C. ,et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. PLoS medicine. 2011; 8(1).

5. Ronde Tafel E-health. RTReH. [Online].; 2012. Available from: http://members.media-effect.be/EHEALTH/_images/20121220actieplan_nl.pdf.

6. Vreeman DJ, Taggard SL, Rhine MD, Worrell TW. Evidence for Electronic Health Record Systems in Physical Therapy. Phys Ther. 2006 Mar; 86: p. 434-446.

7. Clemence M, Seamark D. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions—a qualitative study. Family Practice. 2003; 20: p. 578–582.

8. Buyl R, Nyssen M. Structured electronic physiotherapy records. international journal of medical informatics. 2009; 78: p. 473–481.

9. Belgium. eHealth & electronische communicatie. [Online].; 2013. Available from: https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-ehealth-platform/presentaties/algemene-presentaties.

10. Broeckx D. Actieplan e-gezondheid 2013-2018. [Online].; 2013. Available from: http://www.rtreh.be/EHEALTH/_images/20130419actieplan_egezondheidnl.pdf.

11. FOD Volksgezondheid. Okido. [Online].; 2008. Available from: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/Computerizationofhealthprofessionals/Physiotherapy/Okido/index.htm#.UmoqVJHDZeE.

12. De Schutter F. Okido-project 2007 eindverslag. [Online].; 2007. Available from: http://www.health.belgium.be/filestore/13888500/Okido%20eindverslag_13888500_nl.pdf.

3 Observationeel onderzoek

3.1 Inleiding

In het systematische literatuuronderzoek gingen we eerst op zoek naar welke informatie artsen en kinesitherapeuten nodig hebben in hun onderlinge communicatie. Vervolgens gingen we kijken naar de huidige toepassingen om deze noden te vervullen, waarna we op zoek gingen naar de resterende gaps. De invulling van het elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift en een duidelijke invulling van gegevensdeling (medische voorgeschiedenis ed.) bleken niet duidelijk te zijn. Gebrekkige voorkennis blijkt, hoewel eerder omkaderend, een wederkerend probleem.

Deze bevindingen staan in het licht van de huidige ontwikkelingen in E-Gezondheid anno 2013-2014, en zijn daarom erg actueel. Om onze conclusies te gaan staven aan de huidige praktijk besloten we dit te koppelen met een gestructureerde vragenlijst. Ons eerste doel hierbij is om *de (huidige) reeële vraag naar het invullen van deze gaps op te sporen*. Hiernaast gaan we aan de hand van stellingen *eventuele nieuwe gaps trachten bloot te leggen.* Tenslotte trachten we meningen van artsen, kinesitherapeuten, en patiënten te identificeren. We gaan dus standpunten tussen de verschillende categorieën vergelijken, dit van zowel artsen, kinesitherapeuten, als van de doorsnee populatie ("patiënten"). Door het bundelen van de verschillende visies trachten we de praktijk terug te koppelen naar de theorie. Conclusies zouden kunnen zijn: "er is (geen) kennis over huidige ontwikkelingen in E-gezondheid", "er is (geen) grote vraag naar invulling van de huidige gaps",…

3.2 Methode

3.2.1 Opzet

Een korte gestructureerde vragenlijst werd opgesteld met het oog op het verzamelen van mate van voorkennis over E-Gezondheid en haar toepassingen, en verschillende visies omtrent de gevonden gaps.

De vragenlijst bestaat uit 3 luiken:

- Persoonlijke gegevens (leeftijd, beroep, geslacht)
- 9 Stellingen over communicatie tussen arts en kinesitherapeut (enkel voor artsen en kinesitherapeuten)
- 6 Stellingen over E-Health en gegevensdeling

De volledige vragenlijst werd bijgevoegd in bijlage 1. Voor de stellingen werd gebruik gemaakt van een 6 punt-Likert-schaal.

De vragenlijst werd elektronische opgesteld via Checkmarket.com (1). Deze werd verstuurd via diverse kanalen afhankelijk van de doelpopulatie:

- Huisartsen: mailing via huisartsenkring Khobra (regio Oost-Brabant), huisartsenkring Dijle- en Netevallei (regio Mechelen/Heist-op-den-Berg), en SEL/GOAL (Samenwerkingsinitiatief

Eerstelijnsgezondheidszorg/Gezondheidsoverleg Arrondissement Leuven). Met eenmalig herinnering naar huisartsenkring Khobra.
- Specialisten: mailing naar assistenten fysische geneeskunde werkzaam te UZ Leuven.
- Kinesitherapeuten: mailing via kinesitherapeutenkring Tienen (TKK) en Leuven (LKK), SEL/GOAL, alumnimailing faculteit kinesitherapie en bewegingswetenschappen KULeuven, en interne mailing via de beroepsvereniging Axxon.
- Patiënten: zelfgemaakte folders en flyer in wachtzaal met verwijzing naar blogbericht op de praktijkwebsite geïntegreerde link naar de vragenlijst.

Uitkomsten op de 15 stellingen worden gegroepeerd op vier variabelen, namelijk: *"communicatie" (5 specifieke stellingen), "voorkennis" (3 stellingen), "voorschriften" (2 stellingen)* of *"gegevensdeling" (5 stellingen)*.

Op het einde van de vragenlijst werd de mogelijkheid gelaten om vrij opmerkingen omtrent het onderzoek te uiten. Deze opmerkingen werden in bijlage toegevoegd (zie bijlage 2).

3.2.2 Populatie

Voornaamste doelgroepen zijn enerzijds artsen, met name huisartsen, en anderzijds kinesitherapeuten. Hiernaast trachten we ook "patiënten" te bereiken, waaronder we de normale doorsnee populatie bedoelen, en niet specifiek mensen met bv muskuloskeletale klachten. Deze groep vertegenwoordigt als "leek" haar visie op het gegeven topic. Hiermee kunnen we de professionele meningen toetsen met die van de doorsnee populatie.

Er werd getracht een zo breed mogelijk professioneel publiek te bereiken, gaande van starters tot ervaren professionals. Omdat er reeds op leeftijd werd opgesplitst, werd er verder geen onderscheid gemaakt tussen arts in opleiding of afgestudeerd arts. De antwoordmogelijkheden bij artsen werden daarom gebundeld onder gezamenlijke noemer "arts-specialist (in opleiding)" en "huisarts (in opleiding)". Deze gezamenlijke noemer blijft in de grafieken van de resultatenverwerking aldus terugkomen.

Via Raosoft berekenden we de beoogde grootte van onze steekproef (2). Met een betrouwbaarheidsinterval van 90%, een foutmarge van 5%, en een doorsnee populatiegrootte (20000) bekomen we een beoogde steekproefgrootte van 201. Dit geldt voor alle 3 categorieën (arts, patiënt, kinesitherapeut). Hierbij er vanuit gaande dat de antwoordspreiding per categorie 75% bedraagt.

3.2.3 Analyse

Via de web-based software van Checkmarket en via Excel werden alle resultaten verwerkt. De resultatenverwerking werd gegroepeerd per variabele. Hierbij hebben we enerzijds de algemeen oriënterende demografische vragen, anderzijds de 4 groepen met stellingen over communicatie, voorkennis, het kinesitherapeutisch voorschrift en gegevensdeling.

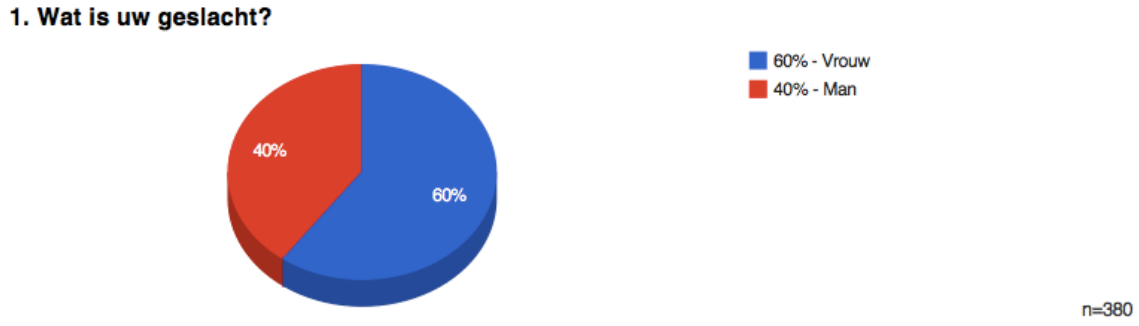
3.3 Resultaten

3.3.1 Algemeen

Status:	**Afgesloten**	**Gedeeltelijk geantwoord:**	**26 (6,8%)**
Begindatum:	**15-02-2014**	**Afgedankt:**	**0 (0%)**
Einddatum:	**30-03-2014**	**Einde bereikt:**	**354 (93,2%)**
Live:	**44 dagen**	**Totaal beantwoord:**	**380**
Vragen:	**20**		

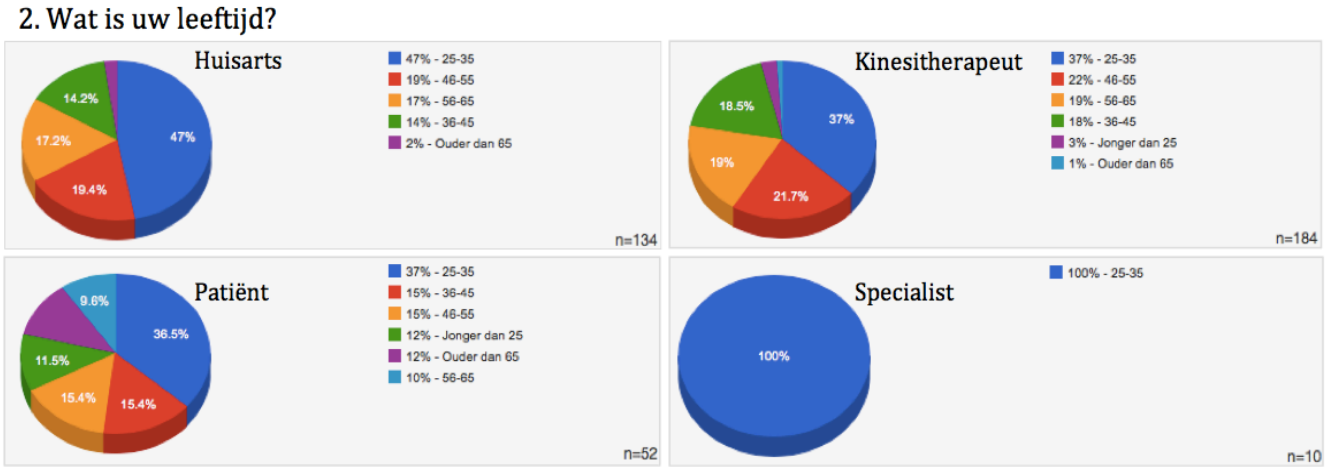
Figuur resultatenverwerking 1: algemeen overzicht looptijd, afvallers en responsrate.

Over een looptijd van 44 dagen beantwoorden in totaal 380 personen de vragenlijst. 93,2% hiervan bereikte ook effectief het einde van de vragenlijst. Berekend op een betrouwbaarheidsinterval van 90% bedraagt de foutmarge voor de gebundelde groep artsen 5,91% (N=144), 6,13% voor de huisartsen alleen (N=134), voor de kinesitherapeuten is dit 5,23% (N=184), en voor de patiënten 9,86% (N=52).



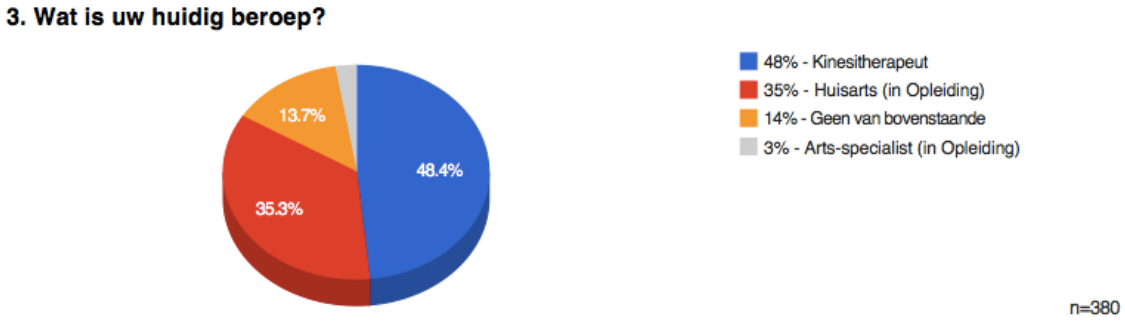
Figuur resultatenverwerking 2: spreiding van geslacht over alle respondenten (N=380).

We bekomen een 60/40 verdeling van vrouwen ten opzichte van mannen. In de deelgroepen zien we overal gelijkaardige verdelingen, met enkel in de patiëntenpopulatie een duidelijk groter aandeel van vrouwen ten opzichte van mannen (75/25).



Figuur resultatenverwerking 3: spreiding op leeftijd per groep. Linksboven: huisartsen (N=134). Rechtsboven: kinesitherapeuten (N=184). Linksonder: geen van bovenstaande (N=52). Rechtsonder: arts-specialisten (N=10).

In alle deelgroepen komt het grootst aantal respondenten uit de leeftijdscategorie 25 tot 35 jarigen. Bij de arts-specialisten is dit zelfs uitsluitend het geval, omdat de vragenlijst slechts door 10 artsen werd ingevuld, allen arts-specialist in opleiding op de afdeling fysische geneeskunde. Verder zien we bij de huisartsen en kinesitherapeuten een evenredige verdeling tussen de drie leeftijdscategorieën van 26 tem. 65 jaar, per definitie de professioneel actieve leeftijdscategorieën. Bij de patiëntenpopulatie is er een gelijke verdeling van alle overige leeftijdscategorieën binnen een marge van 5%.



Figuur resultatenverwerking 4: verdeling per beroep, geen onderverdeling op "in opleiding" of "afgestudeerd" bij de artsengroepen, daar er reeds een opsplitsing op leeftijd gebeurde. Weergave onder gelijke noemer zoals in vragenlijst.

Van de 380 respondenten waren er 48% kinesitherapeut, 38% arts (35% huisarts + 3% arts-specialist) en 14% andere (de patiënten). Er werd geen opsplitsing gedaan naar subspecialisaties in kinesitherapie. De enige opsplitsing naar subspecialisatie gebeurde voor het extra diploma sportgeneeskunde bij de artsen, met een totaal van 29% artsen die reeds in het bezit zijn van een diploma sportgeneeskunde, of nog in opleiding zijn.

3.3.2 Variabele: Onderlinge communicatie

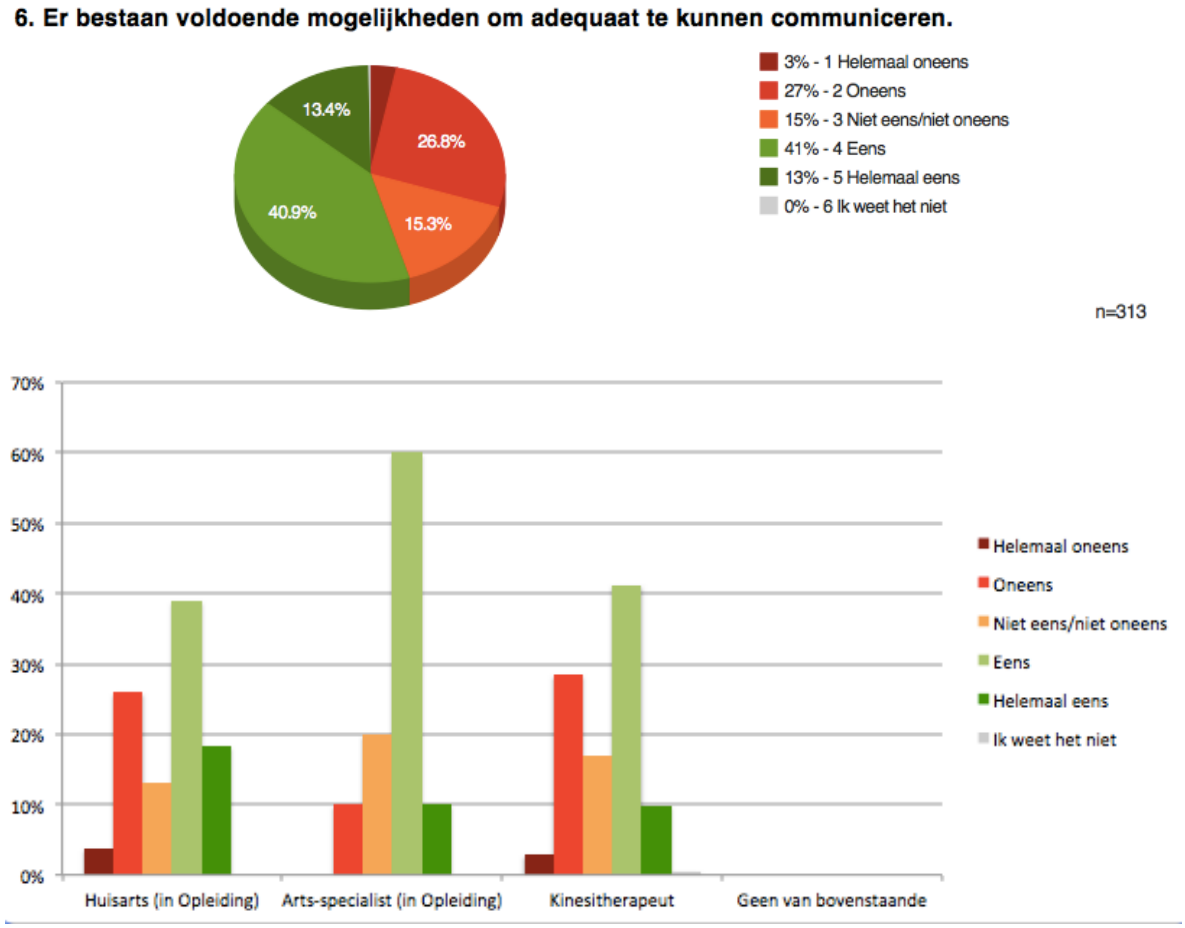


Figuur resultatenverwerking 5: Algemene peiling huidige communicatie. Bovenste cirkeldiagram toont een totaaloverzicht. Middenste staafdiagram geeft resultaten per deelgroep. Huisartsen (N=134), Specialisten fysische geneeskunde (N=10), Kinesitherapeuten (N=184), Geen van bovenstaande (N=52). Onderste staafdiagram vergelijkt de antwoorden van huisartsen en kinesitherapeuten meer in detail.

De eerste oriënterende vraag rond onderlinge communicatie werd voorgelegd aan alle groepen. Op de vraag of er voldoende gecommuniceerd wordt tussen arts en kinesitherapeut waren 49% oneens of helemaal oneens, ten opzichte van 25% eens of helemaal eens. Deze verdeling komt ook terug als er wordt opgesplitst op enkel het antwoord van kinesitherapeuten of artsen, met relatieve verschillen

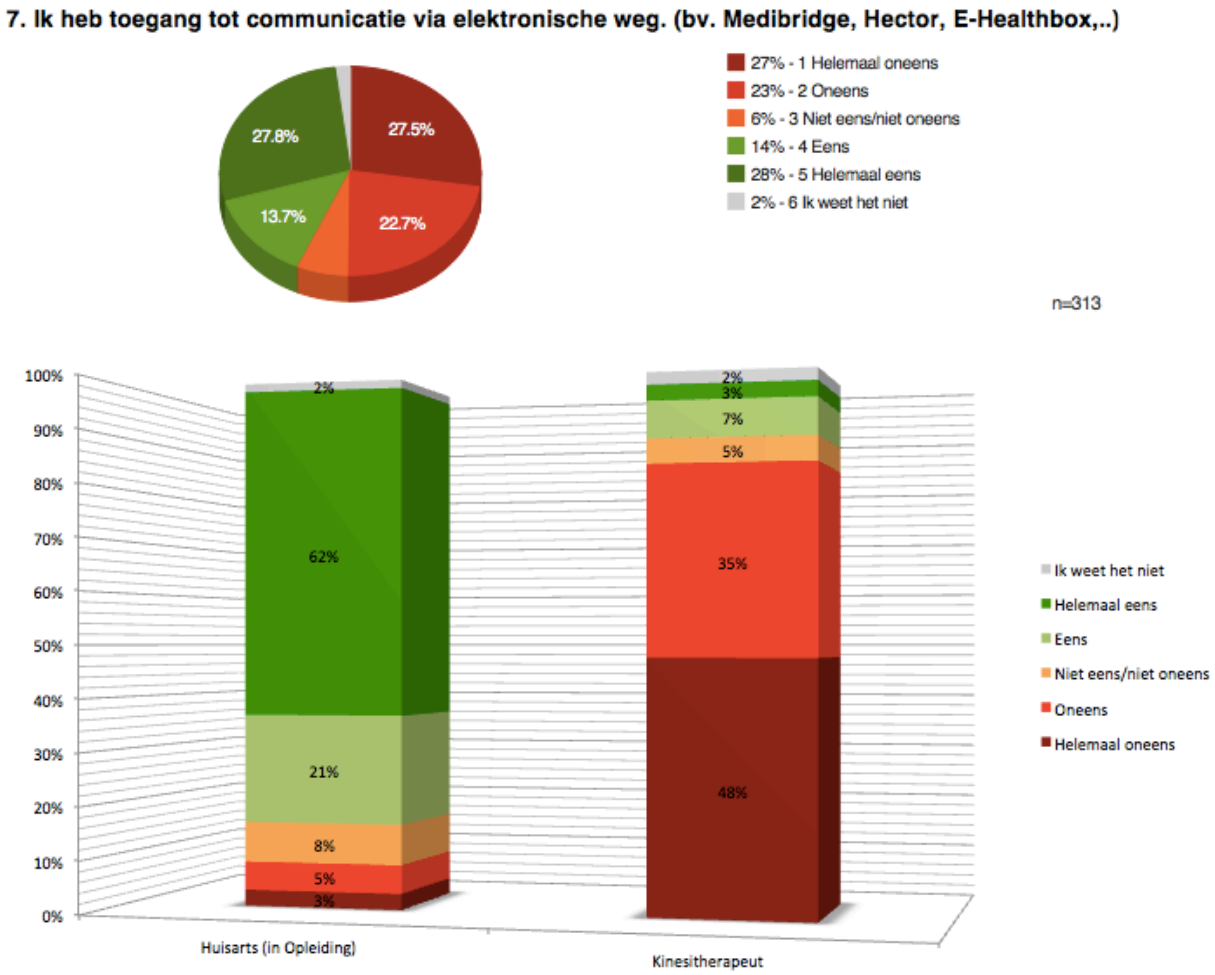
binnen een marge van 5%. In de patiëntenpopulatie ligt de verdeling toch anders, 45% ervaart de huidige communicatie als voldoende, ten opzichte van 18% die het hiermee oneens is.

De volgende vragen rond communicatie werden enkel gesteld aan de artsen en kinesitherapeuten. Als eerstvolgende vraag werd er gepeild naar de mogelijkheden om te communiceren:



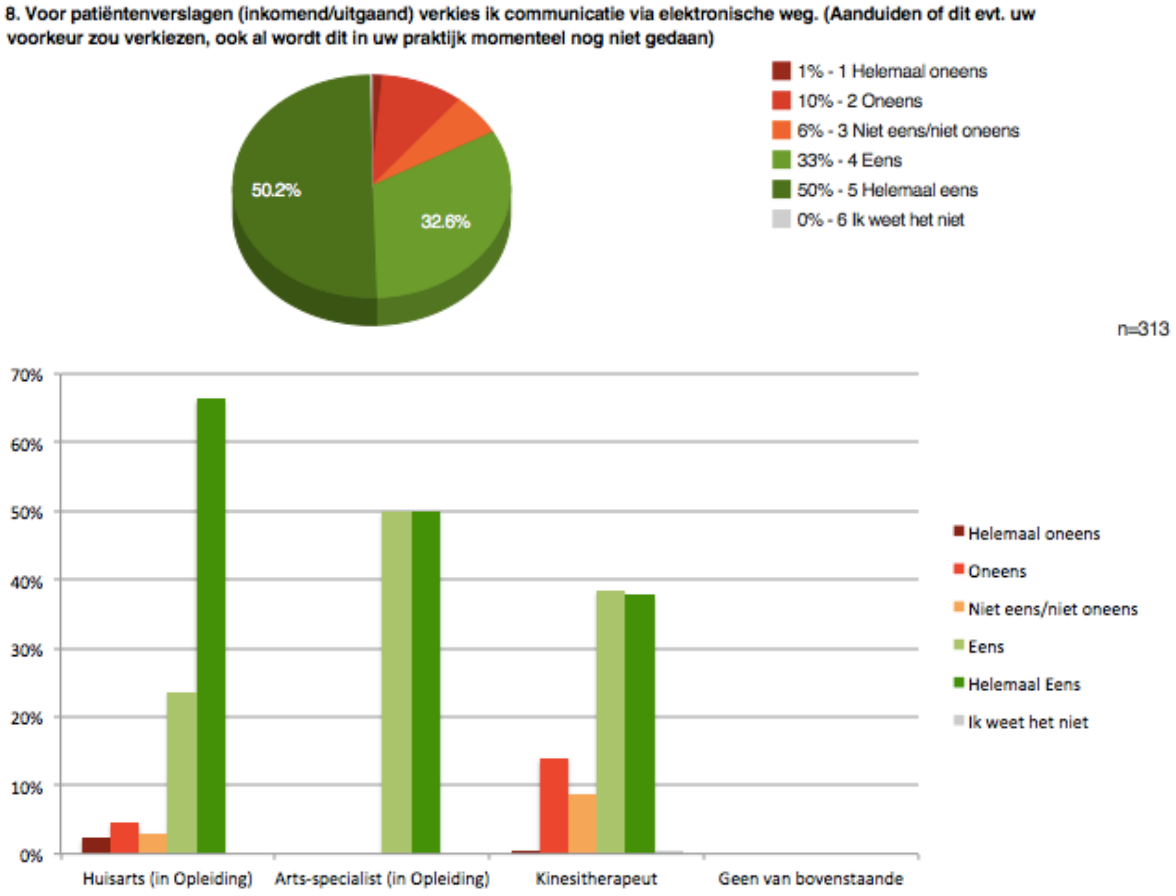
Figuur resultatenverwerking 6: Stelling i.v.m. mogelijkheden tot communicatie. Cirkeldiagram geeft gebundelde resultaten weer, staafdiagram onderaan toont opgesplitste resultaten van huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184).

Bij zowel huisartsen als kinesitherapeuten zien we gelijklopende resultaten wat betreft mogelijkheden tot communicatie, met een kleine meerderheid die het (helemaal) eens is met onze stelling. Dit werd teruggekoppeld met een vraag over *eigen* mogelijkheden i.v.m. *elektronische* communicatie. Hierbij zien we uiteenlopende resultaten (Figuur resultatenverwerking 7). Terwijl 85% van de kinesitherapeuten aangeeft niet via elektronische weg te kunnen communiceren ("Helemaal oneens", "Oneens", "Ik weet het niet") is dit slechts 11% in de gegroepeerde artsenpopulatie van huisartsen en specialisten.



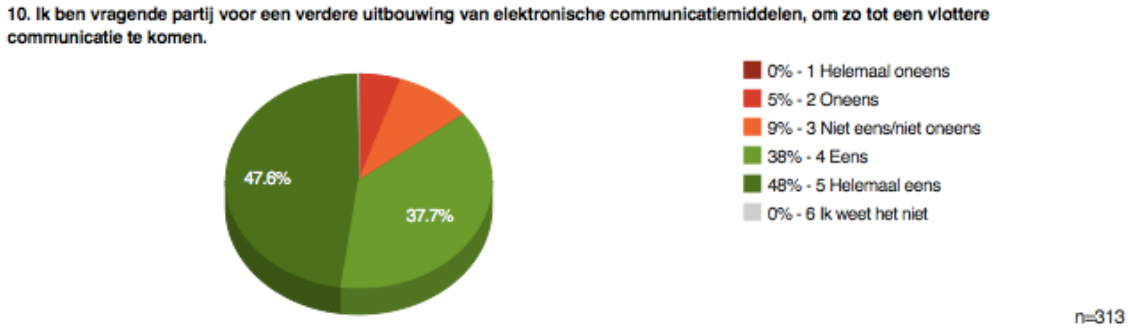
Figuur resultatenverwerking 7: Toegangsmogelijkheden voor communicatie via elektronische weg. Bovenste cirkeldiagram: algemene resultaten van gebundelde deelgroepen. Onderste staafdiagram: opsplitsing volgens de resultaten van huisartsen (N=134) en kinesitherapeuten (N=184) toont een duidelijke polarisatie.

De volgende vraag toetst naar de *voorkeur* tot communicatie via elektronische weg, specifiek voor *patiëntenverslagen*. 76% van de kinesitherapeuten antwoordde hier positief ("Helemaal eens" of "Eens"), bij de gegroepeerde artsen was dit zelfs 90%.



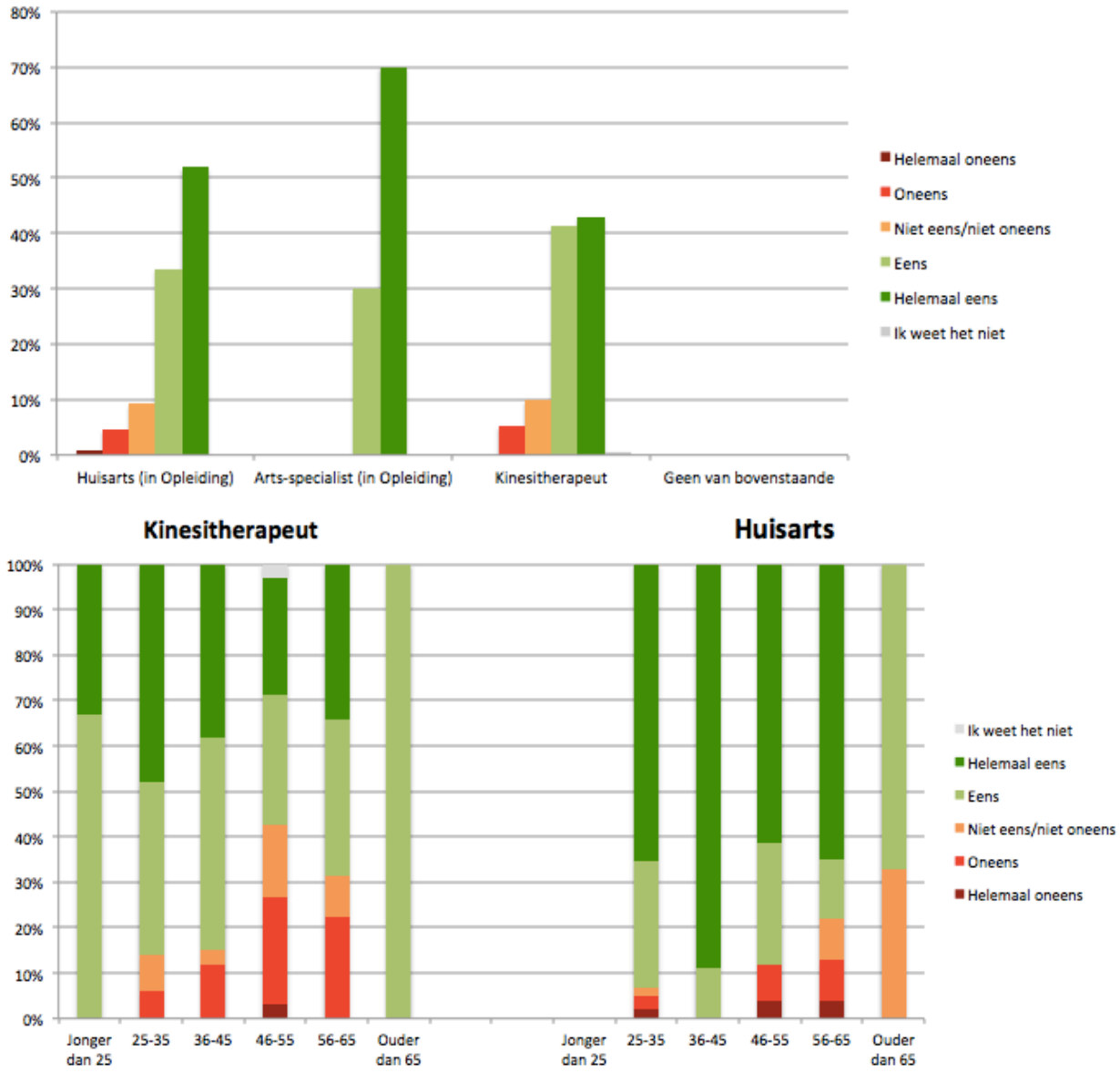
Figuur resultatenverwerking 8: Patiëntenverslagen via elektronische weg. Cirkeldiagram toont algemene resultaten van totale populatie, onderstaand staafdiagram splitst deze gegevens op. Huisartsen (N=134), Specialisten fysische geneeskunde (N=10), Kinesitherapeuten (N=184).

De laatste vraag onder de variabele "Communicatie" polst of de verschillende populaties akkoord zijn met volgende stelling: "Ik ben vragende partij voor een verdere uitbouwing van elektronische communicatiemiddelen, om zo tot een vlottere communicatie te komen. "



Figuur resultatenverwerking 9: Uitbouw elektronische communicatiemiddelen. Cirkeldiagram toont eenduidigheid in gebundelde resultaten.

De grote meerderheid (86%) van het totaal aantal respondenten is het "Eens" of "Helemaal eens" met deze stelling, minder dan 1% antwoordde "Helemaal oneens".

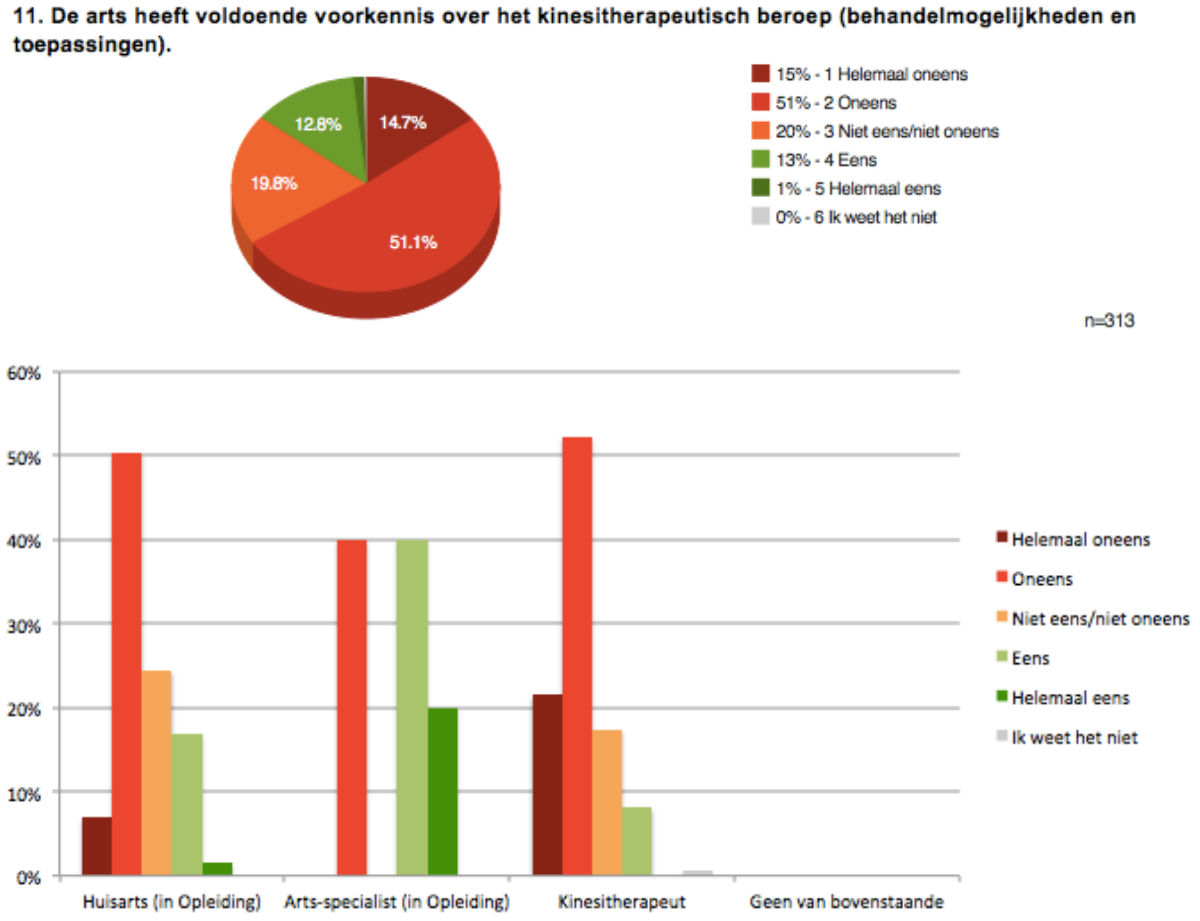


Figuur resultatenverwerking 10: Vervolg vraag 10. Boven: opsplitsing van populatie op beroep: huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184). Onder: opsplitsing op leeftijd voor huisartsen en kinesitherapeuten. Kinesitherapeuten (links): Jonger dan 25 (N=5), 25-35 jaar (N=68), 36-45 jaar (N=34), 46-55 jaar (N=40), 56-65 jaar (N=35), ouder dan 65 jaar (N=2). Huisartsen (rechts): Jonger dan 25 (N=0), 25-35 jaar (N=63), 36-45 jaar (N=19), 46-55 jaar (N=26), 56-65 jaar (N=23), ouder dan 65 jaar (N=3).

Deze resultaten hebben we daarna niet enkel opgesplitst per beroep, maar ook op leeftijd. Dit om te kijken of er generatie-gebonden verschillen terug te vinden zijn. Met name bij de kinesitherapeuten kan hier een leeftijdsgebonden trend teruggevonden worden, waarbij de 45-plussers tot 15% vaker niet akkoord gaan met deze stelling. De meerderheid blijft het echter eens met de stelling, onafhankelijk van de leeftijd.

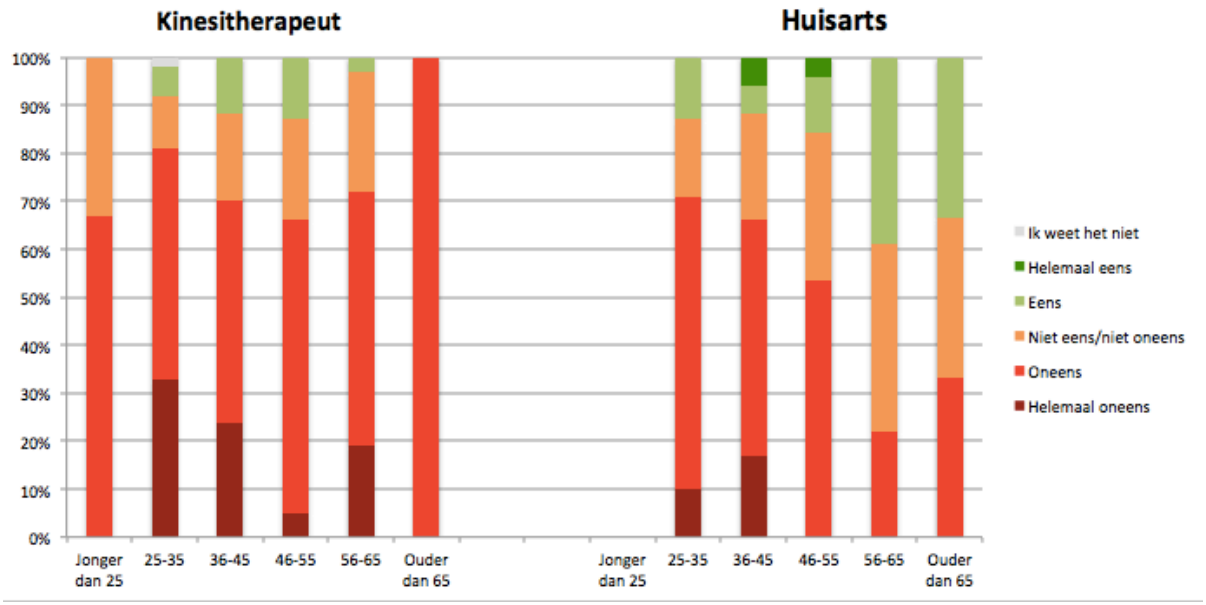
3.3.3 Variabele: Voorkennis kinesitherapie en E-health

De volgende variabele toetst ten eerste naar één van de teruggevonden gaps bij het literatuuronderzoek, namelijk de huidige voorkennis van de arts inzake het kinesitherapeutisch beroep.



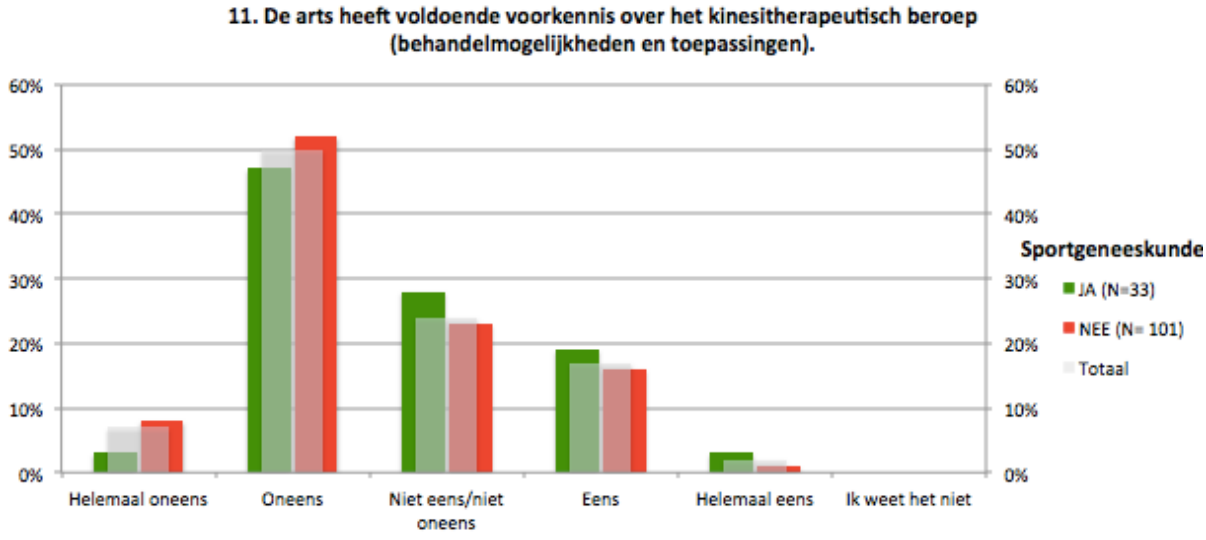
Figuur resultatenverwerking 11: Voorkennis van kinesitherapeutisch beroep. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184).

De meerderheid van huisartsen en kinesitherapeuten vindt de voorkennis van de arts onvoldoende. Bij de kleine groep assistenten fysische geneeskunde (N=10) liggen de verhoudingen duidelijk anders: met name een meerderheid die de voorkennis wel als voldoende inschat (60% “eens” of “helemaal eens”). In figuur resultatenverwerking 12 splitsen we deze vraag op in functie van de leeftijd. De resultaten bij de kinesitherapeuten zijn leeftijds-onafhankelijk voor de groepen van 25 tem. 65 jaar. De jongste en oudste leeftijdscategorieën wijken af (<25 en >65 jaar), maar zijn niet voldoende vertegenwoordigd in aantal om conclusies te trekken. Bij de huisartsen is er een tendens dat de huisartsen van 56+ hun voorkennis eerder als voldoende gaan inschatten in verhouding met de jongere, met relatieve verschillen van >20%.



Figuur resultatenverwerking 12: Resultaten van vraag 11 in functie van leeftijd voor beroepsgroep kinesitherapeuten en huisartsen. Kinesitherapeuten (links): Jonger dan 25 (N=5), 25-35 jaar (N=68), 36-45 jaar (N=34), 46-55 jaar (N=40), 56-65 jaar (N=35), ouder dan 65 jaar (N=2). Huisartsen (rechts): Jonger dan 25 (N=0), 25-35 jaar (N=63), 36-45 jaar (N=19), 46-55 jaar (N=26), 56-65 jaar (N=23), ouder dan 65 jaar (N=3).

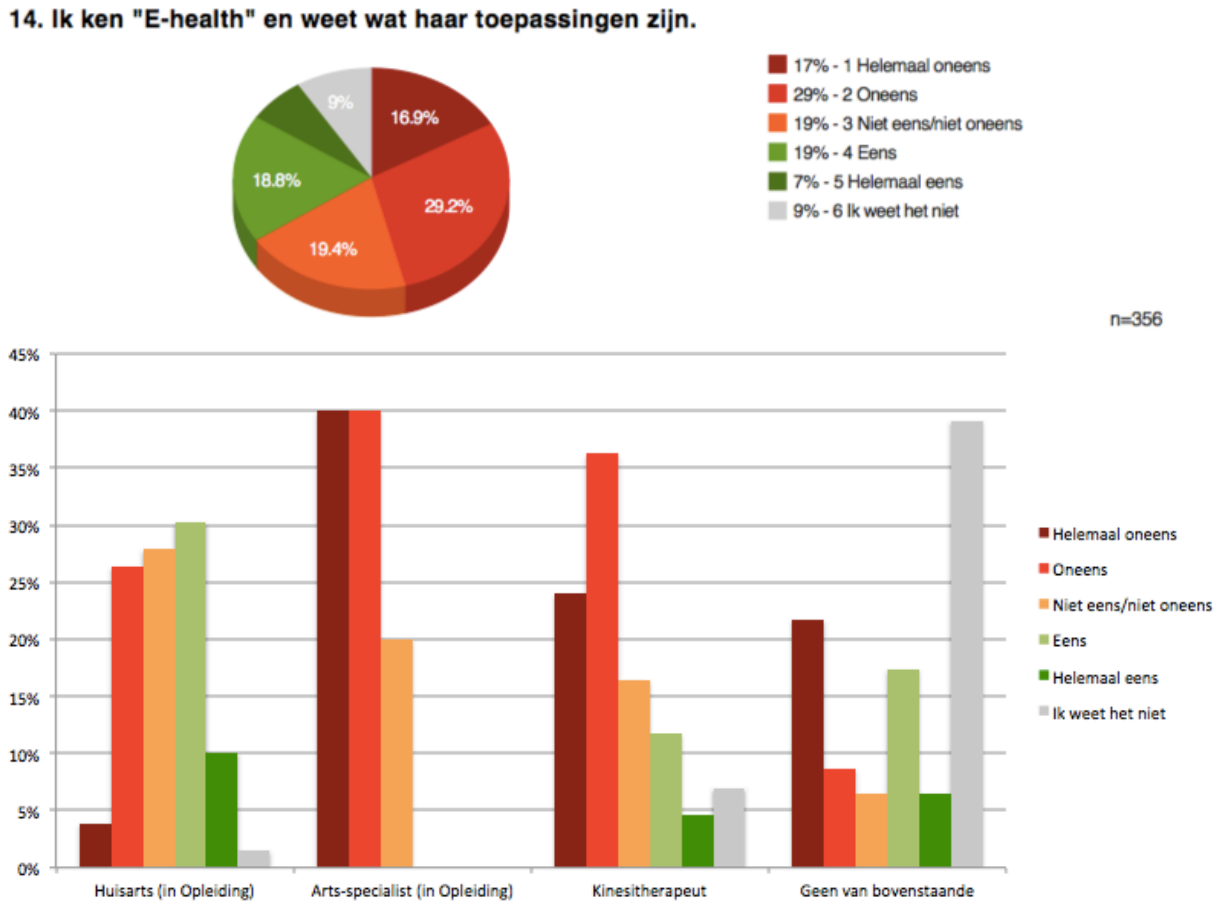
Binnen de huisartsengroep gingen we kijken of er verschillen waren tussen de huisartsen met een bijkomend diploma Sportgeneeskunde (inclusief zij die nog in opleiding zijn) ten opzichte van de andere huisartsen. Hypothese hier is dat artsen met een bijkomend diploma Sportgeneeskunde eventueel meer interesse en kennis inzake muskuloskeletale problematieken hebben, en mogelijks daardoor de voorkennis hoger zouden inschatten.



Figuur resultatenverwerking 13: Vervolg vraag 11. Staafdiagram met resultaten opgesplitst op huisartsen al dan niet bijkomend diploma Sportgeneeskunde.

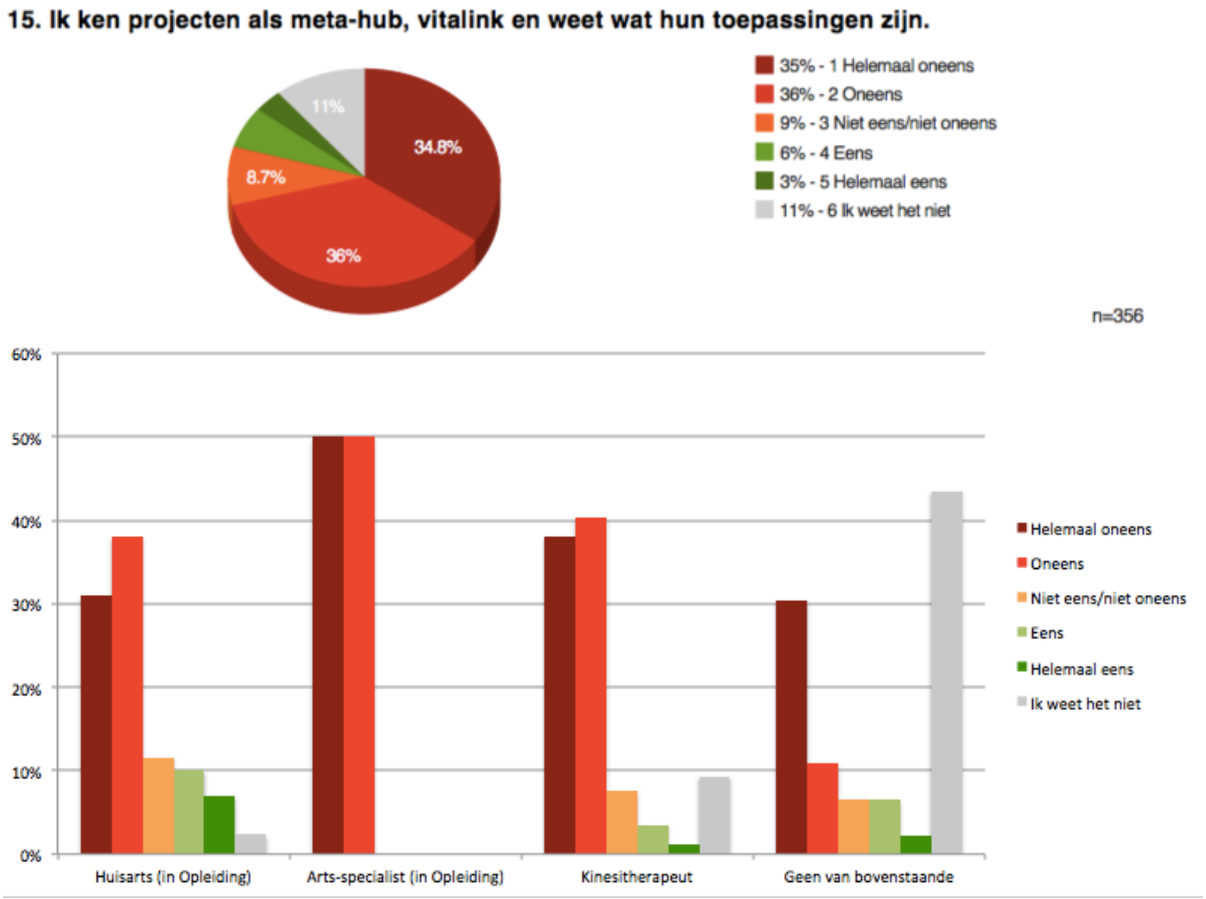
De antwoorden in beide groepen liggen volledig in één lijn, zonder belangrijke verschillen tussen beide groepen.

De volgende twee vragen polsen naar de voorkennis over E-health en werden aan zowel de artsen, kinesitherapeuten als patiënten gesteld:



Figuur resultatenverwerking 14: Algemene kennis E-Health. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

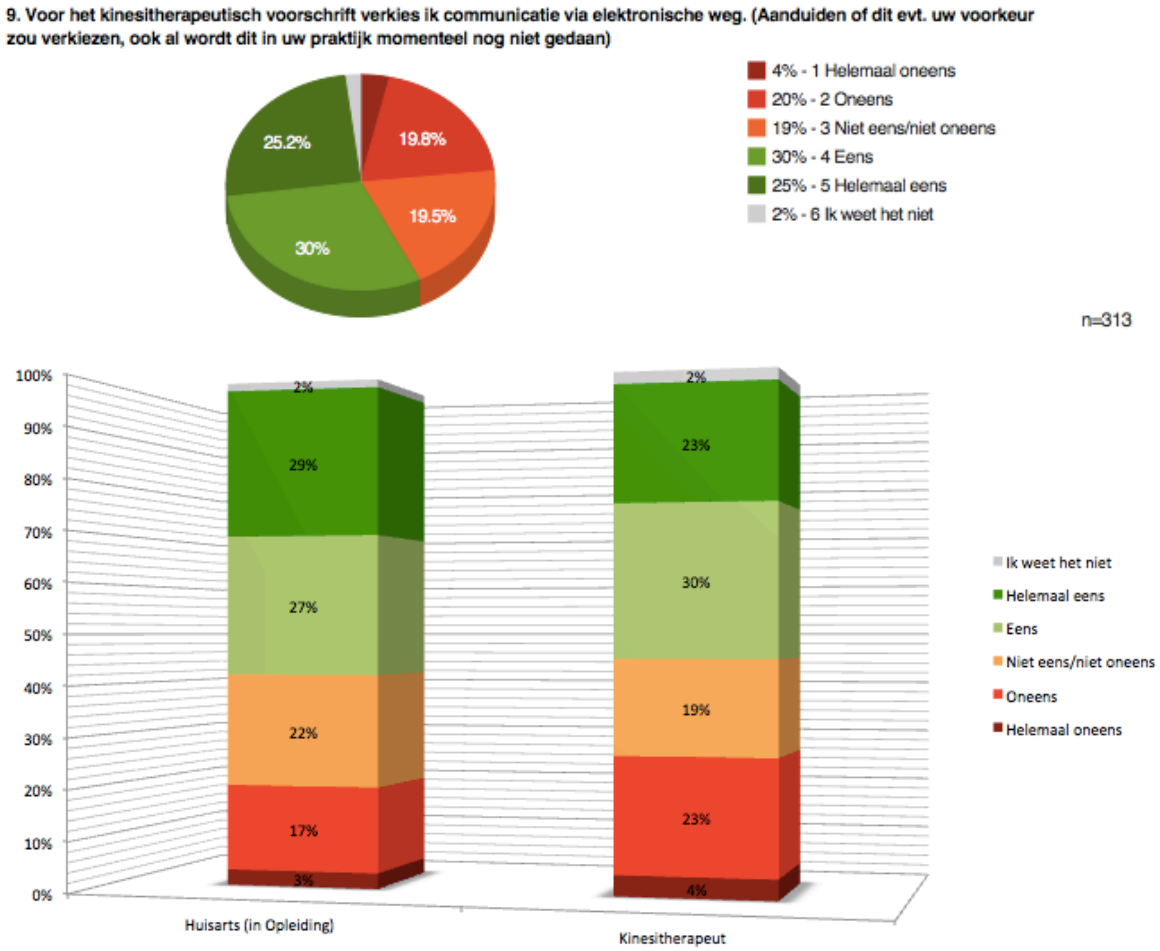
Van alle respondenten beweert 26% E-Health te kennen en te weten wat haar toepassingen zijn, de overige 74% is neutraal, weet het niet, of is het (helemaal) oneens met deze stelling. Kijken we verder naar de antwoorden per beroepsgroep, dan zien we dat de huisartsen de meeste voorkennis lijken te hebben over E-Health. 40% van hen antwoord positief. Bij de kinesitherapeuten is dit slechts 17%. Opmerkelijk: 24% van de kinesitherapeuten is zelfs “Helemaal oneens” met deze stelling, versus 4% bij de huisartsen. Onder de kleine groep assistenten fysische geneeskunde is er niemand die aangeeft E-Health en haar toepassingen te kennen. In de patiëntenpopulatie zijn de meningen verdeeld, maar toch lijkt 24% van hen E-Health te kennen.



Figuur resultatenverwerking 15: Specifieke projecten E-Health. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

Een verdiepende stelling als vervolg op vraag 14 probeert af te tasten hoe de gepercipieerde voorkennis is inzake specifieke projecten als onderdeel van E-Health. Hierbij vernoemen we als voorbeelden meta-hub en vitalink. Van alle respondenten samen antwoordden er slechts 9% bevestigend op deze stelling. Bij de arts-specialisten is er, net zoals bij de vorige vraag, niemand die deze projecten kent. In de huisartsengroep denkt 17% de onderlinge projecten te kennen, bij de patiëntenpopulatie 9% en bij de kinesitherapeuten 5%. Let hierbij op de berekende foutmarges van meer dan 9% bij de patiëntenpopulatie en 5% bij de kinesitherapeuten.

3.3.4 Variabele: Kinesitherapeutisch voorschrift



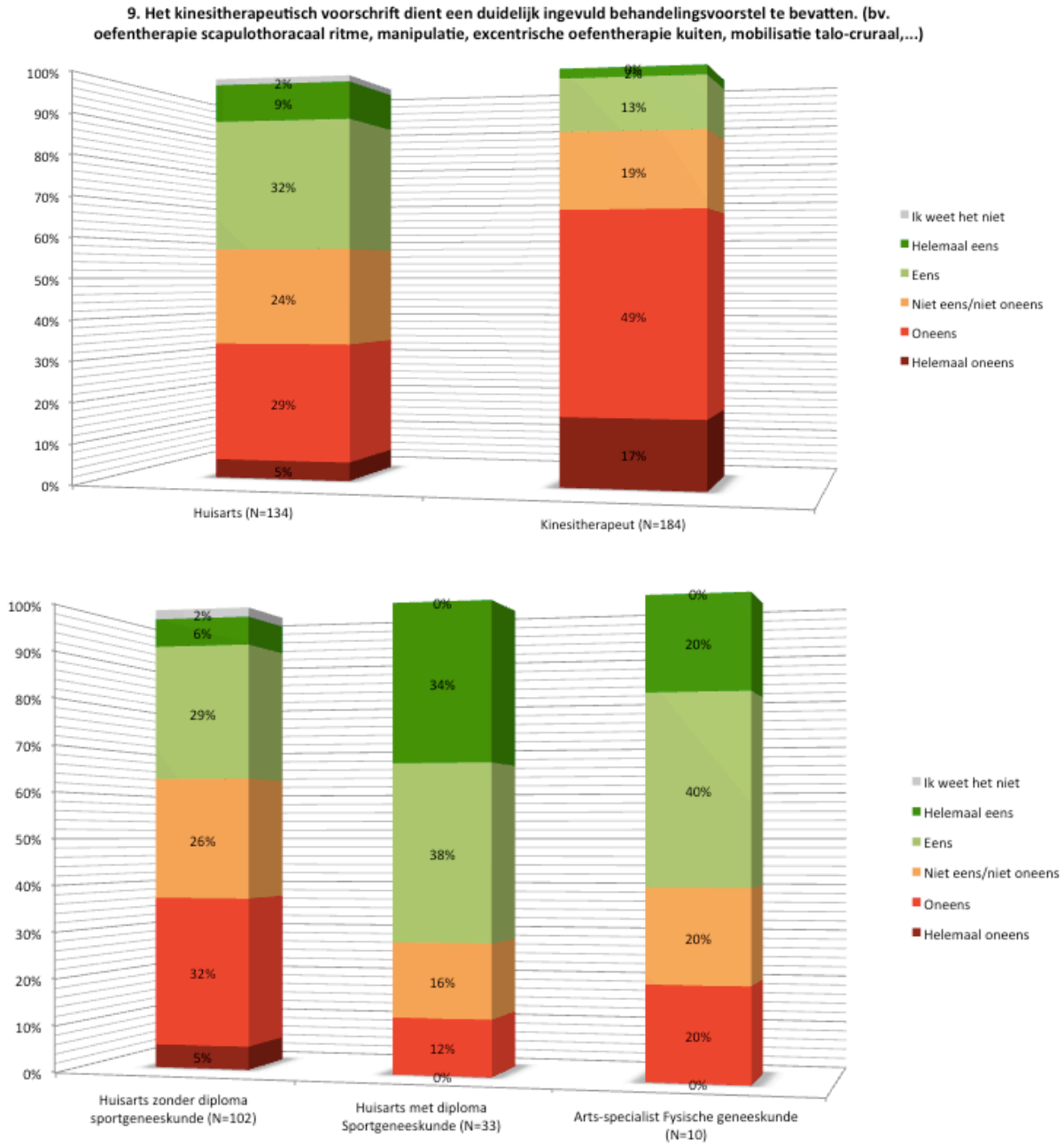
Figuur resultatenverwerking 16: Kinesitherapie-voorschriften via elektronische weg. Boven: Cirkeldiagram toont algemene resultaten van totale populatie. Onder: staafdiagram splitst deze gegevens op voor huisartsen (N=134) en kinesitherapeuten (N=184).

De volgende stelling toetst naar de voorkeur voor *elektronische kinesitherapeutische voorschriften*. De resultaten van de huisartsen en kinesitherapeuten zijn gelijklopend, met 53-56% voorstanders van een elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift en 20-27% die het hiermee (helemaal) oneens zijn. De overige 21-24% is neutraal of weet het niet. Bij de arts-specialisten verkiest 90% het elektronisch voorschrift.



Figuur resultatenverwerking 17: Stelling ivm. invulling kinesitherapeutisch voorschrift. Gebundelde resultaten in cirkeldiagram.

Als laatste stelling onder de variabele "kinesitherapeutisch voorschrift" peilen we naar de invulling van het behandelingsvoorstel. In bovenstaand cirkeldiagram (Figuur resultatenverwerking 17) zien we dat de gebundelde resultaten eerder pleiten tegen een duidelijk ingevuld behandelingsvoorstel (51%). Breken we deze resultaten open met een vergelijking tussen huisartsen en kinesitherapeuten, en verder tussen huisartsen met of zonder diploma sportgeneeskunde (of in opleiding) en de groep arts-specialisten, dan krijgen we volgende resultaten:

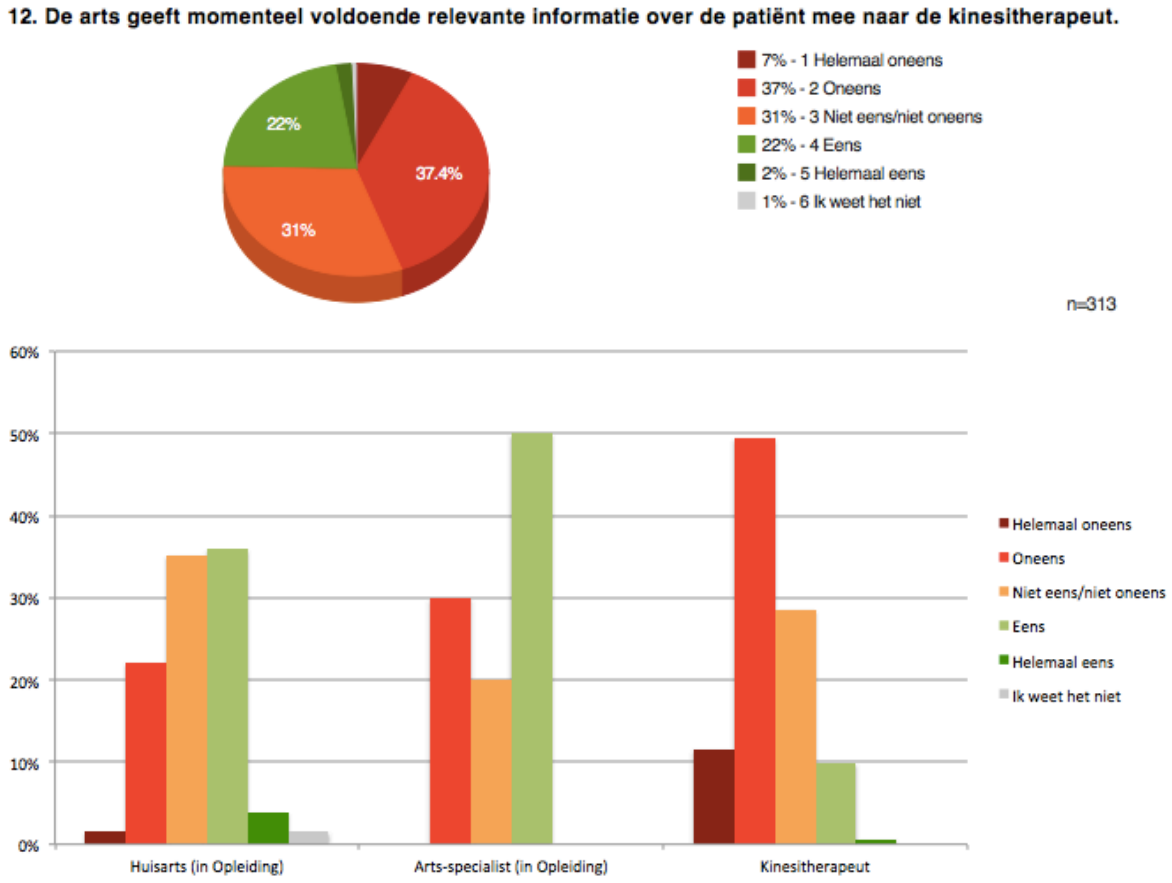


Figuur resultatenverwerking 18: Vervolg vraag 9 met opsplitsing per beroepsgroep en specialisatie.

Slechts een kleine minderheid (15% "Eens" of "Helemaal eens") van de kinesitherapeuten is voorstander van een duidelijk ingevuld behandelvoorstel. Bij de huisartsen vinden we 41% voorstanders. Splitsen we deze resultaten op en zetten we de diverse specialisaties naast elkaar, dan zien we dat het vooral de huisartsen met bijkomend diploma sportgeneeskunde en de specialisten zijn die in grotere aantallen voorstander zijn van het duidelijk invullen van het behandelvoorstel. Bij

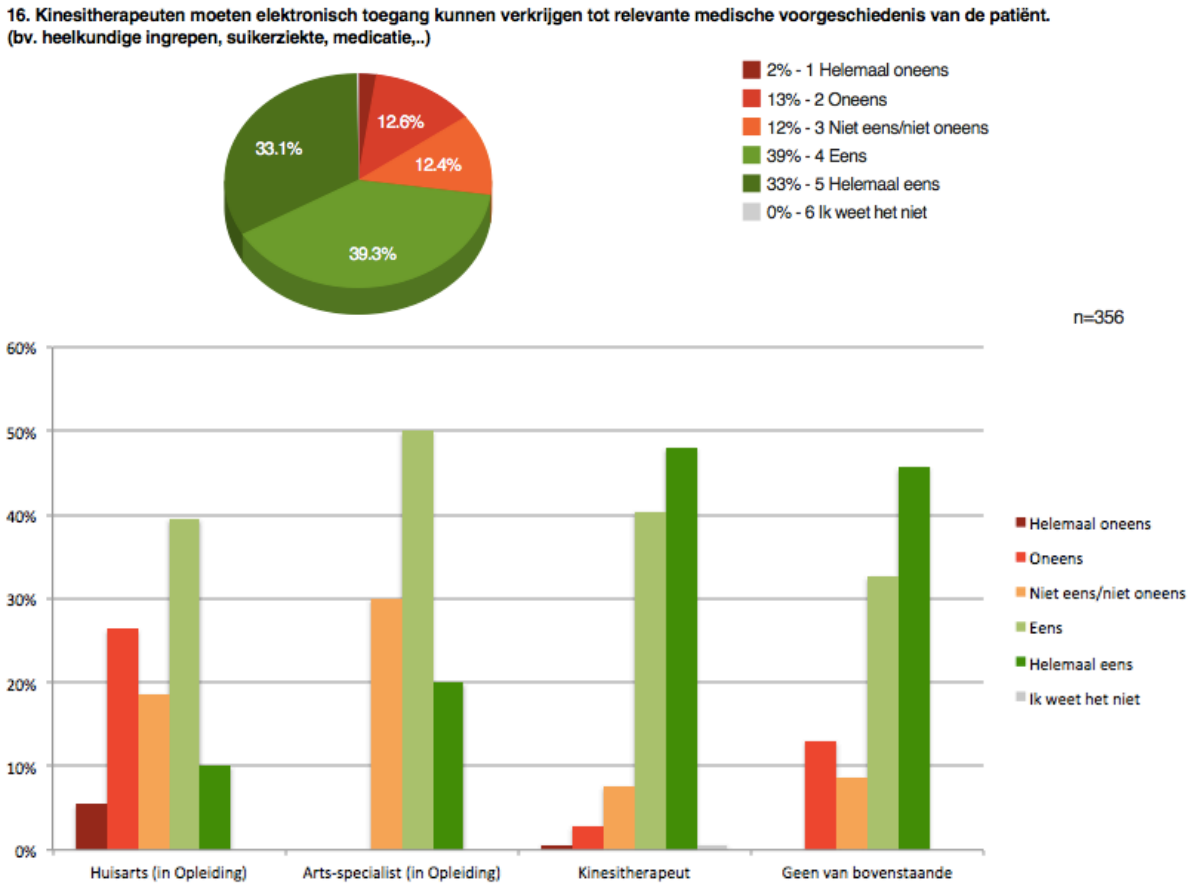
de huisartsen zonder bijkomend diploma sportgeneeskunde is dit slechts 35%, met diploma sportgeneeskunde wordt dit 72%, bij de specialisten 60%.

3.3.5 Variabele: Gegevensdeling



Figuur resultatenverwerking 19: Stelling omtrent meegeven van relevante informatie. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184).

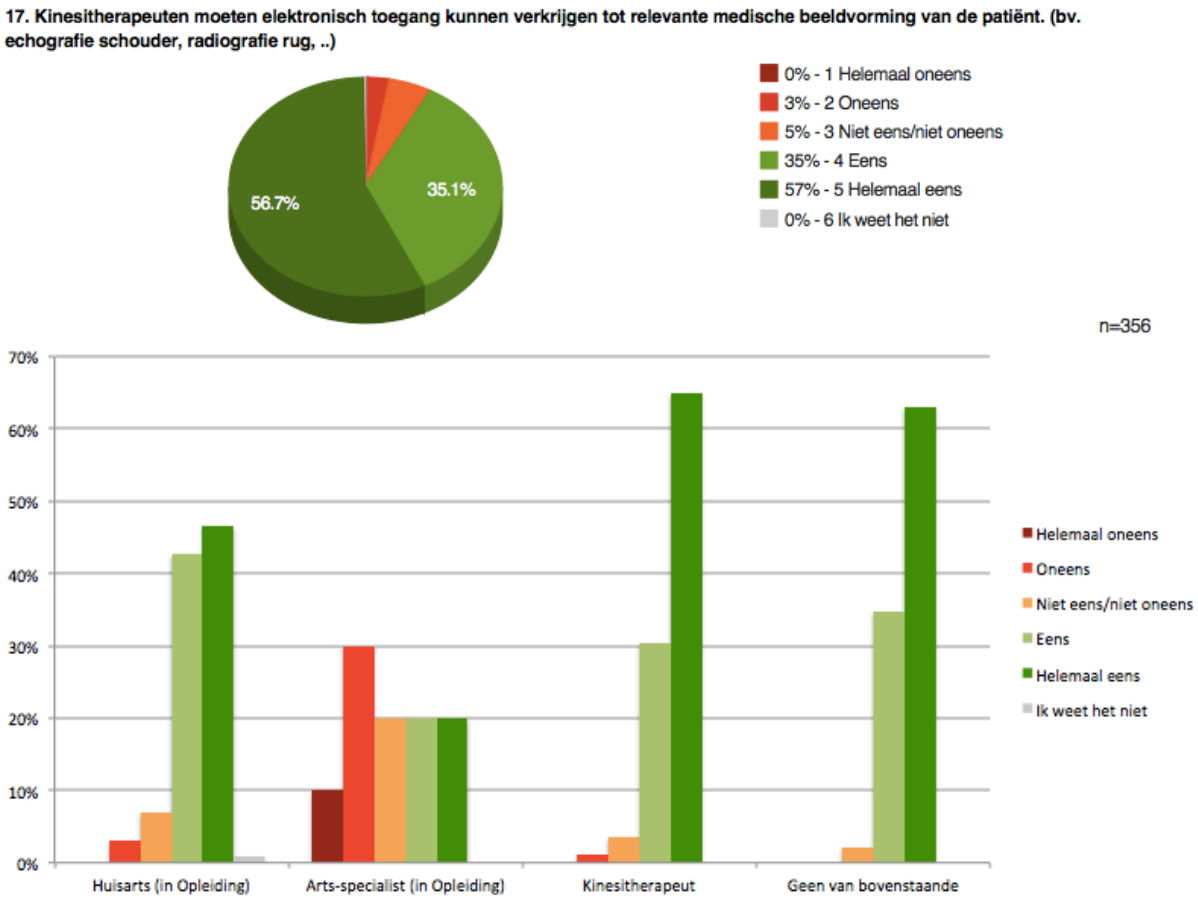
Voor de eerste vraag inzake gegevensdeling werd er gepolst naar huidige informatieoverdracht van arts naar kinesitherapeut wat betreft patiëntgerelateerde informatie. Hierbij geven 61% van de kinesitherapeuten aan dat er momenteel onvoldoende informatie over de patiënt wordt meegegeven (helemaal oneens of oneens), slechts 11% is het eens of helemaal eens met de stelling. De overige 28% is neutraal. Bij de huisartsengroep zijn de meningen verdeeld: 24% vindt dat er momenteel te weinig informatie wordt meegegeven, 40% van de huisartsen vindt dat er wel genoeg informatie wordt meegegeven, 35% is neutraal.



Figuur resultatenverwerking 20: Toegang tot relevante medische voorgeschiedenis. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

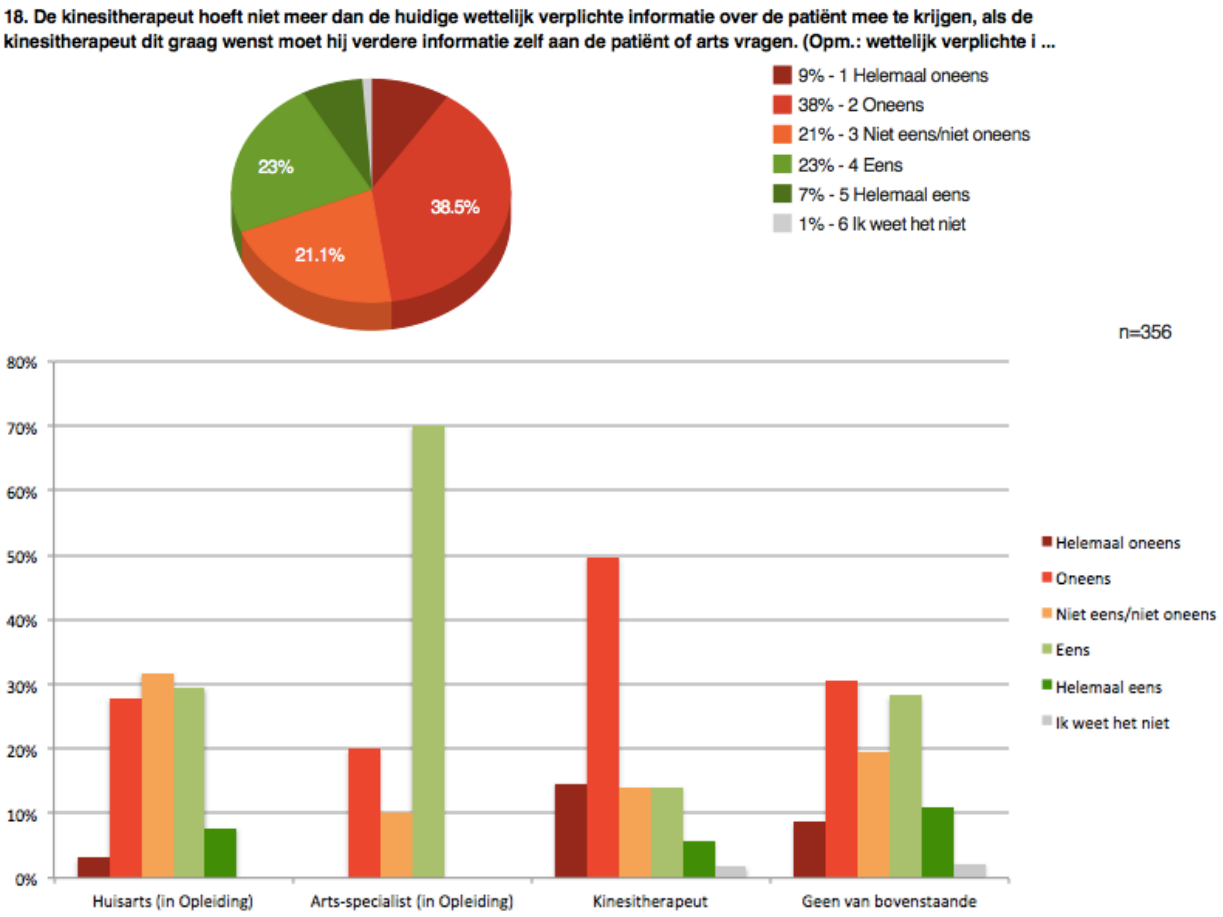
Een meerderheid vindt dat kinesitherapeuten elektronisch toegang moeten kunnen verkrijgen tot relevante medische voorgeschiedenis van de patiënt. Bij de kinesitherapeuten gaat het over 88%, en ook bij de patiënten vindt 78% dat dit moet kunnen. De huisartsenpopulatie is meer verdeeld, met 50% voorstanders en 32% tegenstanders.

Gaat het meer specifiek over de medische beeldvorming, dan zijn de resultaten nog eenduidiger (Figuur resultatenverwerking 21). Zowel huisartsen, kinesitherapeuten en de patiënten zelf zijn het erover eens dat kinesitherapeuten elektronisch toegang moeten krijgen tot relevante medische beeldvorming. Respectievelijk 89%, 95% en 98% is het eens of helemaal eens met deze stelling. De kleine groep arts-specialisten is verdeeld (40% voor- en 40% tegenstanders).



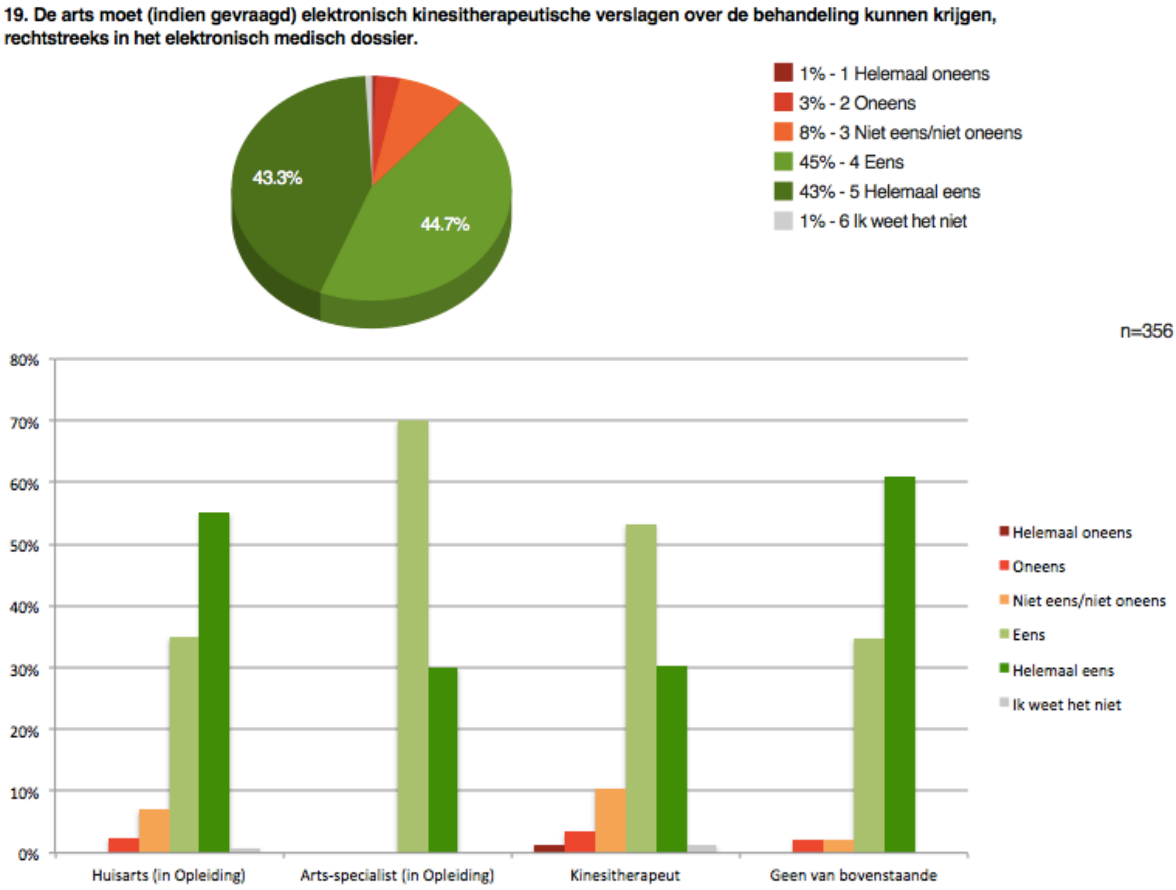
Figuur resultatenverwerking 21: Toegang tot relevante medische beeldvorming. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

De volgende stelling luidt als volgt: "De kinesitherapeut hoeft niet meer dan de huidige wettelijk verplichte informatie over de patiënt mee te krijgen, als de kinesitherapeut dit graag wenst moet hij verdere informatie zelf aan de patiënt of arts vragen. (Opm.: wettelijk verplichte informatie: datum, diagnose, lokalisatie, max. aantal behandelingen, riziv-nr, handtekening, namen)". Zie figuur resultatenverwerking 22:



Figuur resultatenverwerking 22: Stelling over het verschaffen van informatie, meer dan wettelijk verplicht. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

De kinesitherapeuten zijn de enige groep die duidelijk niet akkoord gaan met deze stelling (65% “Oneens” of “Helemaal oneens”). Bij de huisartsen en patiënten zijn de voor en tegenstanders verdeeld, en kunnen er geen conclusies getrokken worden. De arts-specialisten gaan grotendeels wel akkoord met de stelling, namelijk 70% antwoordde “eens” te zijn.



Figuur resultatenverwerking 23: verslagen rechtstreeks in het EMD. Cirkeldiagram toont gebundelde resultaten van alle populaties. Staafdiagram geeft een opsplitsing per beroep weer. Huisartsen (N=134), specialisten fysische geneeskunde (N=10), kinesitherapeuten (N=184), geen van bovenstaande (N=52).

Bij de laatste stelling ontbreekt het niet aan eenduidigheid. Alle groepen vinden dat de verslagen, indien gevraagd, rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier zouden moeten kunnen komen. Dit gaat van 84% van de kinesitherapeuten, tot 100% van de arts-specialisten.

3.3.6 Tekstuele antwoorden

Er werden 72 opmerkingen ingevuld. Voor een gedetailleerd overzicht van deze tekstuele antwoorden, met meest voorkomende kernwoorden, zie bijlage 2. Er zijn verschillende opmerkingen die telkens terugkomen die we hier verder toelichten.

Duidelijk het vaakst terugkomend is de vraag tot *meer therapeutische vrijheid en beslissingsrecht*. Dit wordt meermaals teruggekoppeld aan de vraag tot het verkrijgen van *meer informatie* over de patiënt, met name contra-indicaties, beeldvorming, operatieverslagen,.. Een greep uit de reacties die zich hierover uitspreken:

"..Specialistische kine, met name manueeltherapeuten, die voldoende bijscholingen kunnen voorleggen, kunnen mijn inziens veel meer info gebruiken en kunnen **autonoom beslissen** welke behandeling best evidence based clinical practice is.."

"..Kine moet **deelse therapeutische vrijheid** hebben met daarom **voldoende inzage in medische gegevens** patient.."

"..kines kunnen & weten veel meer dan gemiddelde arts over musculo-skeletale aandoeningen en behandelingen (uitgez zeldzame zaken). Ze moeten **meer beslissingsrecht** hierin krijgen..."

"..vraag over specifieren behandeling door arts: nuttig om te verwoorden wat je verwacht, maar **uiteindelijk beslist de kinesist vrij de inhoud** van de sessie.."

"..Het is niet slecht dat de kinesist vanuit zijn competenties **meedenkt over diagnose en therapeutische mogelijkheden**: daarom kunnen de officieel vereiste gegevens vaak volstaan, **eventueel aangevuld met vraagtekens en facultatieve informatie.** Over de behandelingsmogelijkheden en hun relevantie zou ik wel meer geinformeerd willen worden."

"Vaak hebben wij **meer medische informatie nodig** en is het voorschrift niet toereikend. Langs de andere kant zouden huisartsen ons ook **de ruimte moeten kunnen laten om ons kinesitherapeutisch onderzoek en daaropvolgend behandelingsplan** te kunnen uitvoeren. Zodat we iedere patiënt een individueel aangepaste behandeling kunnen geven en niet teveel beperkt worden door het voorschrift."

"..Er is ook nood aan goede sjablonen. Ivm relevante info voor kine lijkt het mij belangrijk dat die **relevantie door arts (in samenspraak met patient) bepaald wordt** en dat kine niet zomaar alle beelden, of alle medicatie of.. te zien krijgt..."

"..Vaak krijgen wij **te weinig achtergrondinfo** die evt wel belangrijk kan zijn mbt de klacht van de patiënt (ofwel heel summiere info op voorschrift). niet alle patiënten slagen erin om dit zelf te verduidelijken."

"Voorstel is eerder een verwijzing naar de kine, zoals verwijzing naar een specialist, waar deze dan **de vrijheid zou kunnen hebben de gepaste therapie op te starten**, zoals nodig geacht vanuit het therapeutisch arsenaal waarover hij/zij beschik, met eventuele bemerking van eventueel de therapie af te wijzen als dat niet tot zijn/haar therapeutisch gamma/knowhow behoort. Dus **meer vrijheid van de kine** qua therapeutische begeleiding."

"..**Te weinig input van technisch onderzoek**..."

"..Het is belangrijk dat de arts de kinesitherapeut **naar waarde schat** en deze ook **voldoende info** geeft..."

"Behandelvoorstel is niet echt noodzakelijk aangezien een goede kinesitherapeut een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek doet en op basis daarvan zijn behandeling opstelt. Voorstellen van de arts zijn wel welkom, maar wat vooral goed zou zijn, is dat er op het voorschrift komt **of er al dan niet contra-indicaties zijn** en wat deze dan wel zijn. Post-operatief kan een behandelvoorstel wel nuttig zijn. Aangezien de chirurg exact weet wat er bij de operatie gebeurd is. Hier denk ik dan vooral ook aan de contra-indicaties. Wat we gedurende welke tijd absoluut niet mogen doen en waarom."

"...**Beschikken over alle relevant informatie** betreffende de medische voorgeschiedenis en huidige medische toestand van de patiënt zijn dan ook **onontbeerlijk**. Operatieverslagen worden wel naar de huisarts gestuurd maar niet naar ons. Een voorschrift bevat vaak slechts weinig informatie betreffende de uitgevoerde ingreep. Het is dan vaak zeer moeilijk om de **mogelijke indicaties en contra-indicaties** in te schatten."

Over *verslagen van de behandeling* worden ook veel opmerkingen gedeeld. Dit wordt als nuttig ervaren, maar zonder vergoeding te tijdsrovend.

"..Arts moet **feedback** na behandeling krijgen van kine..."

"..Bij langdurige kinesitherapeutische behandelingen zou het verplicht moeten zijn voor de kinesitherapeut om **een kort evaluatieverslag** te maken. Heden is het soms niet duidelijk welke behandelingen patiënten precies gekregen hebben, alsook is het vaak niet duidelijk wat **de visie van de kinesitherapeut** op het probleem is.."

"..E-health,vitalink... allemaal goed en wel maar deze programma's zijn **niet eens gelinked met ons eigen EMD.** Laat ons geen verschillende systemen naast elkaar gebruiken.. dit is dubbel werk en tijdsverspilling ipv winst."

"Er werd mij door een artsenpraktijk aangeraden om mij een programma aan te schaffen om zo de elektronische administratie voor hen gemakkelijker te maken (ik mail nu gewoon de verslagen door). Ik heb dit opgezocht op het internet (hector), maar dit is voor mij ongeveer 50 euro per maand als ik dit zou aanschaffen. Dit is voor mij te veel geld en ik haal er te weinig voordeel uit. Ik ben absoluut pro elektronische dossiers en goede communicatie, maar **het moet betaalbaar blijven** voor ons, anders denk ik niet dat er veel kinesitherapeuten op zullen toehappen.."

"Het maken van verslagen, al dan niet elektronisch, vergt **tijd** van de kinesitherapeut. Hij zou hiervoor ook **moeten vergoed worden**."

"..Een geschreven verslag vraagt vaak veel meer **tijd** dan nodig (**onvergoed**),..."

Er wordt voorgesteld om het gebrek aan voorkennis te behelpen door hierover meer aandacht te besteden in de opleiding:

"Er worden slechts heel weinig **bijscholingen** georganiseerd rond het thema voorschrift kinesitherapie. **In de opleiding** wordt er te weinig aandacht aan besteed.."

"Ik pleit voor **een vak in de opleiding geneeskunde** waarin meer duidelijke en gedetailleerde uitleg gegeven wordt over andere medische en paramedische beroepen. Zeker voor huisartsen."

Met name artsen en kinesitherapeuten werkzaam in een multidisciplinaire praktijk zijn tevreden met de huidige communicatie:

"Ik werk in een multidisciplinaire praktijk en heb dus vlot contact met de huisartsen. Dit vind ik een absolute meerwaarde voor ons beroep ikv een optimale patiëntenzorg."

"Toen ik werkzaam was in het ziekenhuis en in de praktijk van Dr. X (fysiotherapeut) was er wel voldoende communicatie. In mijn privé- praktijk moet al het initiatief van mijzelf komen.."

"Gezien ik in een wijkgezondheidscentrum werk, met 2 kinesisten, 1 verpleegkundige en 3 huisartsen, hebben de kinesitherapeuten rechtstreeks toegang tot alle relevante gegevens in het gedeelde medische dossier, en is er regelmatig patiëntenoverleg waar nodig."

"Andere situatie in een WGC met kine in het forfaitaire systeem: reeds multidisciplinair samenwerken en overleggen onder 1 dak."

3.4 Discussie

3.4.1 Opzet studie

Met de gestructureerde vragenlijst hebben we onze literatuurstudie kunnen toetsen aan de huidige realiteit, in combinatie met enkele stellingen die hieruit voortvloeien. We bekwamen een totaal van 380 respondenten, waarvan de huisartsen en kinesitherapeuten het belangrijkst waren met een aandeel van respectievelijk 134 en 184 respondenten. Dit zijn tevens de belangrijkste doelgroepen in kader van ons onderzoek. Verder beantwoordden ook 52 patiënten en 10 arts-specialisten de

vragenlijst. De vooropgestelde steekproefgrootte van 201 per beroepscategorie werd niet behaald, waardoor de foutmarge licht stijgt tot 5,23% voor de kinesitherapeuten en 6,13% voor de huisartsen.

Door te kiezen voor een online vragenlijst hebben we al snel te maken met enkele vormen van bias. De *informatiebias* werd zo laag mogelijk gehouden door de vragen eenvoudig en zo eenduidig mogelijk te formuleren. Een 6-punt Likert-schaal werd gebruikt om naast de neutrale antwoordmogelijkheid "niet eens/niet oneens" ook de mogelijkheid te laten "ik weet het niet" te selecteren. Uit de opmerkingen op het einde van de vragenlijst blijkt echter dat sommige vragen onduidelijke items bevatten (zie bijlage 2). Het gaat hier enerzijds over de dubbelzinnigheid van "elektronische communicatie" waarbij er onduidelijkheid heerste of klassiek mailverkeer hier ook onder valt. Anderzijds wekte de weergave "(in Opleiding)" die achter huisarts en arts-specialist werd vermeld ook voor verwarring bij een afgestudeerd huisarts. Omdat er reeds een opsplitsing op leeftijd werd gemaakt, en HAIO's (HuisArts In Opleiding) en ASO's (Arts-Specialist in Opleiding) ook dagelijks in de praktijk staan, werd dit onder één gezamelijke noemer vermeld. Een belangrijke factor voor informatiebias is het geven van "sociaal wenselijke antwoorden". In dit geval zou men kunnen denken "als de huidige communicatie heel goed was, dan zou men geen masterproef opstellen hierrond", en daardoor kunnen de antwoorden negatiever gekleurd zijn.

Een tweede belangrijke vorm van bias is de *selectiebias*. Om dit te vermijden werd de vragenlijst algemeen verstuurd via huisartsenwachtkringen en kinesitherapeutische kringen. Onder de patiënten werd er ook geen selectie gemaakt, iedereen kreeg de mogelijkheid de vragenlijst in te vullen. Bij een vragenlijst blijft er wel steeds de selectiebias door wie uiteindelijk de vragenlijst invult en wie niet. Zo werd onze vragenlijst enkel elektronisch opgesteld, waardoor de populatie zonder computer of goede computervaardigheid zo goed als uitgesloten werden.

Verder is het belangrijk te bemerken dat de populatie specialisten niet representatief is, enerzijds is de populatie te klein (N=10) en anderzijds gaat het enkel over ASO's fysische geneeskunde. Dit is een medisch specialisme dat heel nauw samenwerkt met kinesitherapeuten (selectiebias). We gebruiken de gegevens uit deze groep dan ook enkel informatief.

3.4.2 Resultatenbespreking

Zowel volgens de huisartsen als de kinesitherapeuten wordt er *niet voldoende gecommuniceerd*. Dit komt overeen met onze gegevens uit het literatuuronderzoek. Bij navraag of er voor hen voldoende *middelen* bestaan om adequaat te communiceren zijn de resultaten van beide partijen ook nu gelijklopend, namelijk het merendeel vindt van wel. Hoewel men dus voldoende communicatiemogelijkheden kent, wordt dit op heden onvoldoende ingevuld en dit zowel voor de huisarts als kinesitherapeut. In de opmerkingen zien we de trend dat de multidisciplinaire praktijken hierop een uitzondering vormen, zij zijn globaal tevreden over de huidige communicatie.

Bij de vraag of men *toegang* heeft tot (beveiligde) *elektronische communicatiemiddelen* zoals bv. Medibridge, Hector, eHealthbox,.. ziet men een duidelijke polarisatie tussen de 2 beroepsgroepen. Huisartsen hebben hier massaal toegang toe, terwijl dit slechts zo is voor een kleine minderheid van de kinesitherapeuten. Nochtans zien alle partijen het liefst van al een verdere uitbouw van de elektronische communicatiemiddelen. Koppelen we deze stelling specifiek naar patiëntenverslagen,

dan zien we dit bevestigd: een grote meerderheid is voorstander van elektronische communicatie hiervoor. Hierbij zijn enkel bij de kinesitherapeuten kleine leeftijdsgebonden verschillen terug te vinden, die gezien de foutmarge verwaarloosbaar zijn. Daarnaast zijn alle respondenten het erover eens dat kinesitherapeutische verslagen rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier moeten kunnen komen. Via de opmerkingen wordt herhaaldelijk verwezen naar het feit dat verslagen heel nuttig zijn om diverse redenen (voorkennis verbeteren, visie, opvolging,..), maar dat dit tijdsrovend is en niet haalbaar zonder correcte vergoeding.

Het besproken *gebrek aan voorkennis* van de arts inzake het kinesitherapeutisch beroep wordt ook in onze resultaten duidelijk teruggevonden. Zowel de huisartsen als de kinesitherapeuten zijn het erover eens dat de voorkennis op heden onvoldoende is. Kijken we hier naar leeftijdsgebonden effecten dan zien we enkel de oudste huisartsengroepen (56+) de voorkennis relatief hoger inschatten. Is dit in praktijk ook echt zo, bijvoorbeeld door ervaring, of is dit slechts een perceptie door kennis van het kinesitherapeutisch beroep zoals het vroeger was? Ervan uitgaande dat ook huisartsen in de leeftijdscategorieën vanaf 35 jaar reeds 10 jaar ervaring hebben opgebouwd en deze leeftijdsgroepen niet afwijken in de resultaten, zouden we voozichtig kunnen stellen dat de mogelijkheid bestaat dat de oudste huisartsen zich nog baseren op het kinesitherapeutisch beroep zoals het vroeger bestond en waar de laatste jaren toch enorm veel in geëvolueerd is. Of zoals een respondent het mooi verwoord *"Jammer genoeg merk ik dat artsen eigenlijk helemaal niet weten wat wij doen… Ze denken dat wij nog altijd masseren…".* In de tekstuele respons komen we ook enkele suggesties tegen om de voorkennis te verbeteren, namelijk via bijscholingen en/of lessen geïntegreerd in de (huis-)artsenopleiding.

Een andere vorm van *voorkennis* die we gingen bevragen is die over *"E-Health" en haar toepassingen.* We bevroegen hier slechts de subjectieve voorkennis, zonder dit te objectiveren onder vorm van toetsvragen. Deze resultaten zijn dan ook eerder indicatief, maar we kunnen toch duidelijk stellen dat hoewel elke beroepsgroep gebuisd is, de huisartsen "E-Health" het best lijken te kennen. Ook 1/4de van de patiënten is geïnformeerd. Peilen we dieper naar de kennis over specifieke projecten binnen E-Health, dan durft slechts 1/8ste van de huisartsen te beweren hier iets van te kennen. In de andere groepen zijn er enkelingen die deze projecten kennen, maar gelet op de berekende foutmarges is dit te verwerpen.

Eén van de projecten van E-Health is *Recip-e,* waarbij in de toekomst ook het kinesitherapeutisch voorschrift elektronisch zal verwerkt worden. Zonder dit project te benoemen gingen we kijken of onze respondenten hiervoor klaar waren door te peilen naar hun voorkeur voor een elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift. De resultaten van huisartsen en kinesitherapeuten liggen in één lijn met iets meer dan de helft als voorstander en slechts 20-25% waarbij dit niet de voorkeur geniet. Hiermee kunnen we stellen dat, ondanks de gebrekkige voorkennis over dergelijke projecten, de betrokken partijen bereidwillig zijn voor een stap richting elektronisch voorschrift. Op basis van het gevoerde literatuuronderzoek stelden we ons de vraag wat de concrete invulling van een dergelijk elektronisch voorschrift diende te zijn. Hiervoor maakten we eerst een stelling op omtrent het vaak bediscutteerde *behandelingsvoorstel,* namelijk "het kinesitherapeutisch voorschrift dient een duidelijk ingevuld behandelingsvoorstel te bevatten (met voorbeelden)". Op de voorschriften zoals we ze nu kennen speelt het behandelingsvoorstel nog steeds een prominente rol, in contrast met wat we in studies en aanbevelingen hierover terugvinden. Onder onze respondenten uit de groep kinesitherapeuten is er slechts 1/8ste vragende partij voor een duidelijk ingevuld

behandelingsvoorstel, ruim 2/3de is het niet eens met onze stelling. Bij de artsen zien we duidelijke verschillen afhankelijk van de specialisatie. Huisartsen met een extra diploma sportgeneeskunde en ASO's fysische geneeskunde zijn in belangrijke mate vaker voorstander van een duidelijk ingevuld behandelingsvoorstel in vergelijking met huisartsen zonder diploma sportgeneeskunde. Zo zijn 72% van de huisartsen met diploma sportgeneeskunde voorstander in vergelijking met slechts 35% bij de huisartsen zonder sportgeneeskunde. Hieruit kunnen we concluderen dat de artsen met extra specialisaties graag een uitgebreider behandelingsvoorstel blijven invullen, hoewel de grote groep huisartsen, net zoals de kinesitherapeuten, hier niet mee akkoord gaan. Dit onderwerp werd ook veruit het drukst beschreven in de opmerkingen, met een eenduidige vraag naar grotere *therapeutische vrijheid* en meer *beslissingsrecht* van de kinesitherapeut. Dit is belangrijk om mee te nemen bij de vraag hoe het elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift in de toekomst dient ingevuld te worden.

Geven de artsen momenteel voldoende informatie mee naar de kinesitherapeut? Volgens het grootste deel van de kinesitherapeuten niet, en bij de huisartsen heerst er verdeeldheid. Daarop volgt de vraag of de kinesitherapeut elektronisch toegang moet verkrijgen tot *relevante medische voorgeschiedenis* van de patiënt. Voor 88% van de kinesitherapeuten moet dit kunnen, en ook 78% van de patiënten is hier voorstander van. Bij de huisartsen zijn ook hier de meningen weer verdeeld, met de helft als voorstander van deze stelling. Dat de kinesitherapeut elektronisch toegang tot *relevante medische beeldvorming* zou krijgen is voor zowel de kinesitherapeuten en patiënten unaniem vanzelfsprekend, en ook de huisartsen zijn hierover onverdeeld positief. Dit zijn belangrijke bevindingen voor de invulling van de "gegevensdeling tussen extra-murale zorgverleners". Koppelen we dit terug naar het kinesitherapeutisch voorschrift, dan zien we overal grote verdeeldheid of er al dan niet meer informatie dan momenteel wettelijk verplicht dient meegegeven te worden, of dat de kinesitherapeut dit zelf dient te vragen. Een voorzichtige conclusie uit deze stelling lijkt dat kinesitherapeuten, die toegang moeten kunnen krijgen tot relevante medische beeldvorming, dit initiatief vooralsnog zelf moet nemen. Kijken we vervolgens naar de tekstuele antwoorden dan zien we toch herhaaldelijk de vraag tot het geven van meer informatie. Vooral de contra-indicaties, beeldvorming en operatieverslagen worden vaak gemist. Deze vraag hangt onlosmakend samen met de hoger vermelde vraag tot meer therapeutische vrijheid.

3.5 Conclusie

De huidige communicatie tussen arts en kinesitherapeut wordt nog steeds als ontoereikend ervaren. Dit werd eerder aangetoond en wordt ook nu bevestigd. Een tweede bevestiging is het gebrek aan voorkennis van het kinesitherapeutisch beroep dat ook nu naar voor komt. Het blijft een uitdaging om artsen een betere voorkennis inzake het kinesitherapeutisch beroep te verschaffen. Mogelijke strategieën zouden kunnen zijn: extra aandacht hiervoor in de opleiding door bv. theoretische lessen of korte stages, navorming,.. Dit is interessant om verder te gaan onderzoeken en toe te passen, omdat werd aangetoond dat een gebrek aan voorkennis een goede communicatie in de weg staat.

De gevonden gaps in het literatuuronderzoek werden succesvol teruggekoppeld via de vragenlijst. Zo blijkt dat de gegevensdeling tussen extra-murale zorgverleners, die momenteel nog niet duidelijk is ingevuld voor arts-kinesitherapeut, liefst ruimte laat voor toegang tot relevante medische

beeldvorming en medische voorgeschiedenis. Dit wordt gestaafd via meningen vanuit professionele hoek, maar ook via de patiënten zelf. Uiteraard dient de patiënt hiertoe steeds zijn toestemming te geven. Welke informatie "relevant" is, wordt vermoedelijk best door de (huis-)arts bepaald. Er is vanuit beide partijen ook een duidelijke vraag naar gegevensdeling van kinesitherapeut naar arts, namelijk het therapeutisch verslag. Belangrijkste pluspunten hiervan zijn een betere opvolging en begeleiding van de patiënt en een verbetering van de voorkennis van de arts inzake het kinesitherapeutisch beroep. Belangrijke hinderpalen voor het maken van verslagen zijn dat het te tijdrovend is en niet vergoed wordt. Andere barrières zijn een te hoge kostprijs van beveiligde elektronische brievenbussen en/of geen compatibiliteit met hun eigen elektronisch kinesitherapeutisch dossier. Voor het goed invullen van het huidige gap rond gegevensdeling dient verder bekeken te worden hoe men het maken van verslagen in de praktijk aantrekkelijker kan maken.

Een duidelijke invulling van het elektronisch kinesitherapeutisch voorschrift via Recip-e is vooralsnog niet gekend. Uit onze resultaten kunnen we wel al stellen dat zowel huisartsen als kinesitherapeuten open staan voor dit principe en hier zelfs in grote getallen de voorkeur aan zouden geven. Zij zijn het er, zoals verwacht, over eens zijn dat het behandelingsvoorstel hierin geen prominente rol meer behoeft. De sportartsen en fysisch geneesheren blijven wel voorstander van een ingevuld behandelingsvoorstel, waardoor het helemaal verdwijnen hiervan ook geen doel is. Over de invulling van meer dan de huidig wettelijk verplichte informatie op het voorschrift heerst er verdeeldheid. Verder overleg is noodzakelijk om uit te maken of er naar analogie met de vernieuwde voorschriften medische beeldvorming (dd. 1 maart 2013) verplicht ruimte moet worden gelaten voor relevante medische voorgeschiedenis zoals risicofactoren en bijhorende contra-indicaties, operaties,..

Er is nog veel werk om zowel de professionelen als patiënten te informeren rond E-Health. Men staat open voor het principe, maar kent de mogelijkheden nog onvoldoende. Het zal een uitdaging zijn om de hele populatie te leren kennis maken met de geheimen van E-Health, en om van deze nieuwe ontwikkelingen een opportuniteit te maken om -in dit geval- de communicatie tussen arts en kinesitherapeut op een hoger niveau te brengen. Ten goede van de arts, kinesitherapeut, en vooral: ten goede van de patiënt.

3.6 Bronnenlijst

1. Checkmarket. [Online].; 2014. Available from: http://www.checkmarket.com.
2. Raosoft Sample Size Calculator. [Online].; 2014. Available from: http://www.raosoft.com/samplesize.html.

4 Abstract

Context: E-gezondheid zit in de lift. Grote projecten worden uitgewerkt en zullen weldra in voege gaan. De interprofessionele communicatie tussen arts en kinesitherapeut zal dus vanzelfsprekend in dit kader moeten passen. Deze communicatie schiet momenteel vaak te kort. Het is dus een uitdaging om van deze opkomende veranderingen een opportuniteit te maken teneinde de communicatie te verbeteren.

Onderzoeksvraag: 1/ "Welke informatie hebben artsen en kinesitherapeuten nodig in hun onderlinge communicatie?" **2/** "Wat zijn de huidige toepassingen om deze noden te vervullen?" **3/** Definitieve onderzoeksvraag: "Wat zijn de resterende gaps in de informatie-uitwisseling tussen artsen en kinesitherapeuten?".

Methode (literatuur & registratiewijze): 1/ Systematische literatuurstudie volgens de watervalmetafoor. **2/** Via officiële verslagen en websites van de overheid werd het e-Health-platform in België van dichterbij bekeken. **3/** Observationeel onderzoek via een gestructureerde vragenlijst. Deze bestond uit 20 vragen en stellingen, waarbij er gebruik werd gemaakt van een 6-punts Likert-schaal. De vragenlijst werd elektronisch verstuurd naar huisartsen, kinesitherapeuten en arts-specialisten. Ook patiënten werden via de huisartsenpraktijk gevraagd om de vragenlijst elektronisch in te vullen. De gegevens werden verwerkt via Excell en de web-based software van Checkmarket.

Resultaten: 1/ Vijf studies werden geïncludeerd. Telkens kwam naar voor dat er nog vooruitgang te boeken is op het vlak van onderlinge communicatie. Er is onvoldoende voorkennis over het kinesitherapeutisch beroep. Hiernaast is er nood aan meer informatie-overdracht van de medische voorgeschiedenis en andere informatie (bv. medische beeldvorming,…). Een laatste bevinding is de vraag naar een hernieuwde basis voor het kinesitherapeutisch voorschrift. **2/** Het eHealth-platform voorziet de ruimte voor het delen van medische voorgeschiedenis ed. via het concept "gegevensdeling extramurale zorgverleners". Via Recip-E zal het kinesitherapeutisch voorschrift elektronisch verstuurd worden. Een gedetailleerde uitwerking van deze projecten is er voorlopig nog niet. **3/** De vragenlijst telde 380 respondenten: 134 huisartsen, 184 kinesitherapeuten, 11 arts-specialisten en 52 patiënten. Van alle respondenten vindt 25% dat er voldoende gecommuniceerd wordt tussen arts en kinesitherapeut. Slechts 14% vindt dat de arts voldoende voorkennis over het kinesitherapeutisch beroep heeft. 92% vindt dat de kinesitherapeut toegang moet hebben tot relevante medische beeldvorming, en 72% voor de relevante medische voorgeschiedenis. 66% van de kinesitherapeuten vindt niet dat er een uitgebreid behandelvoorstel op het voorschrift moet staan, en hierbij komt uit de commentaren herhaaldelijk een vraag naar meer therapeutische vrijheid. 86% is vragende partij voor verdere uitbouw van elektronische communicatiemiddelen, maar slechts 26% kent eHealth en haar toepassingen, en zelfs maar 9% als er wordt gevraagd naar metahub, vitalink,..

Conclusies: De gegevensdeling tussen extra-murale zorgverleners laat liefst ruimte voor toegang van kinesitherapeuten tot relevante medische beeldvorming en medische voorgeschiedenis. Er is ook een duidelijke vraag naar het delen van een therapeutisch verslag, waarvoor voornamelijk praktische aanpassingen noodzakelijk zullen zijn (in elektronisch dossier en financiële vergoeding). Het voorschrift moet meer ruimte laten voor therapeutische vrijheid. Verder overleg is noodzakelijk om uit te maken of er op het voorschrift verplicht ruimte moet worden gelaten voor relevante medische voorgeschiedenis zoals risicofactoren en bijhorende contra-indicaties, operaties,..

5 Dankwoord

"Talent wins games, but teamwork and intelligence wins championships." — Michael Jordan.

Ik begin graag met deze quote als aanzet om iedereen te bedanken die mij heeft bijgestaan deze masterproef tot een goed eind te brengen.

Vooreerst Bert Aertgeerts en Stijn Vande Velde. Bert, een voorbeeld voor elke huisarts-in-opleiding door zijn enthousiasme en gedrevenheid, die in deze periode onverwacht met de meest harde realiteit geconfronteerd werd. Ik hoop dat je de kracht vindt om weer helemaal open te bloeien. Alvast bedankt dat je er steeds was om eerlijke feedback te geven waar nodig. Ook Stijn, die altijd ter beschikking stond voor vragen, uitgebreide feedback en vele tips, bedankt.

Bedankt ook Fons De Schutter en Axxon voor overleg en feedback. Ik hoop dat deze masterproef een hulp mag zijn in bepaalde dossiers, en een aanzet tot veranderingen ten goede van iedereen.

Een jonge work-a-holic die een voorbeeld mag zijn voor elke kinesitherapeut is Wannes van Hoof, die mij goed vooruithielp om mijn vragenlijst te verspreiden naar diverse kanalen en daarbij nog enkele nuttige tips gaf.

Daarnaast uiteraard ook bedankt aan mijn praktijkopleiders Birgit Monden en Koen Roelandts voor de uitstekende en aangename opleiding gedurende de voorbije twee jaar. Ik kijk alvast uit naar onze verdere samenwerking!

Ten slotte bedankt Dennis voor je kritische blik en het meedenken waar nodig, en uiteraard voor de steun, toeverlaat en zoveel meer.

6 Bijlagen

6.1 Vragenlijst

Titel: Communicatie tussen (huis-)arts en kinesitherapeut.

Introductie:

Beste,

In het kader van mijn masterproef wensen wij te peilen naar jullie visie op (elektronische) communicatie tussen (huis-)arts en kinesitherapeut. Dit is belangrijk om gegevens uit de literatuurzoektocht te toetsen aan de huidige realiteit, en om eventueel "hiaten" in het huidige systeem op te vullen.

De vragenlijst is zodanig opgebouwd dat uitsluitend relevante vragen getoond worden. (MAX. 20 vragen!) Het doorlopen van de enquête wordt ingeschat op **maximum 4 minuten**.
Het invullen ervan is volstrekt vrijwillig, de weergave van de enquête is anoniem en de data zijn gecodeerd voor de onderzoekers.

Elke bijdrage wordt ten zeerste geapprecieerd.

Met vriendelijke groeten,
Dr. Stephanie Johanns HAIO te Tildonk

→ Vragenlijst Pagina 1:

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 25
- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- Ouder dan 65

3. Wat is uw huidig beroep?

- Huisarts (in Opleiding)
- Arts-specialist (in Opleiding)
- Kinesitherapeut
- Geen van bovenstaande

→ Ga naar **pagina 2** als *3. Wat is uw huidig beroep?* **is niet gelijk aan** *Kinesitherapeut* **en** *3. Wat is uw huidig beroep?* **is niet gelijk aan** *Geen van bovenstaande.* **Anders ga naar pagina 3**
→ Vragenlijst Pagina 2:

4. Bent u in het bezit van een diploma sportgeneeskunde?

- Ja
- Nee

☐ In Opleiding

→ Vragenlijst Pagina 3:

5. Er wordt voldoende gecommuniceerd tussen arts en kinesitherapeut

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

→ Ga naar **pagina 5** als *3. Wat is uw huidig beroep?* **is gelijk aan** *Geen van bovenstaande*

→ Vragenlijst Pagina 4:

6. Er bestaan voldoende mogelijkheden om adequaat te kunnen communiceren.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

7. Ik heb toegang tot communicatie via elektronische weg. (bv. Medibridge, Hector, E-Healthbox,..)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

8. Voor patiëntenverslagen (inkomend/uitgaand) verkies ik communicatie via elektronische weg. (Aanduiden of dit evt. uw voorkeur zou verkiezen, ook al wordt dit in uw praktijk momenteel nog niet gedaan)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

9. Voor het kinesitherapeutisch voorschrift verkies ik communicatie via elektronische weg. (Aanduiden of dit evt. uw voorkeur zou verkiezen, ook al wordt dit in uw praktijk momenteel nog niet gedaan)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

10. Ik ben vragende partij voor een verdere uitbouwing van elektronische communicatiemiddelen, om zo tot een vlottere communicatie te komen.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

11. De arts heeft voldoende voorkennis over het kinesitherapeutisch beroep (behandelmogelijkheden en toepassingen).

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

12. De arts geeft momenteel voldoende relevante informatie over de patiënt mee naar de kinesitherapeut.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

13. Het kinesitherapeutisch voorschrift dient een duidelijk ingevuld behandelingsvoorstel te bevatten. (bv. oefentherapie scapulothoracaal ritme, manipulatie, excentrische oefentherapie kuiten, mobilisatie talo-cruraal,…)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

→ Vragenlijst Pagina 5:

14. Ik ken "E-health" en weet wat haar toepassingen zijn.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

15. Ik ken projecten als meta-hub, vitalink en weet wat hun toepassingen zijn.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

16. Kinesitherapeuten moeten elektronisch toegang kunnen verkrijgen tot relevante medische voorgeschiedenis van de patiënt. (bv. heelkundige ingrepen, suikerziekte, medicatie,..)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

17. Kinesitherapeuten moeten elektronisch toegang kunnen verkrijgen tot relevante medische beeldvorming van de patiënt. (bv. echografie schouder, radiografie rug, ..)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

18. De kinesitherapeut hoeft niet meer dan de huidige wettelijk verplichte informatie over de patiënt mee te krijgen, als de kinesitherapeut dit graag wenst moet hij verdere informatie zelf aan de patiënt of arts vragen. (Opm.: wettelijk verplichte informatie: datum, diagnose, lokalisatie, max. aantal behandelingen, riziv-nr, handtekening, namen)

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

19. De arts moet (indien gevraagd) elektronisch kinesitherapeutische verslagen over de behandeling kunnen krijgen, rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier.

1 Helemaal oneens	2 Oneens	3 Niet eens/niet oneens	4 Eens	5 Helemaal eens	Ik weet het niet

→ Vragenlijst Pagina 6:

20. Hebt U nog opmerkingen omtrent dit topic?

→ Uw antwoorden zijn geregistreerd!

6.2 Tekstuele antwoorden op einde van vragenlijst

Vraag: "Hebt U nog opmerkingen omtrent dit topic?"
Totaal aantal antwoorden: 72
Kernwoorden:



1. Ik denk niet dat elke kinesitherapeut evenveel informatie nuttig kan gebruiken. Specialistische kine, met name manueeltherapeuten, die voldoende bijscholingen kunnen voorleggen, kunnen mijn inziens veel meer info gebruiken en kunnen autonoom beslissen welke behandeling best evidence based clinical practice is. Manueeltherapeutisch en kinesitherapeutisch onderzoek als sessie zou veel gemakkelijker zijn indien er een gemakkelijke communicatie zou zijn.
2. Praktijk waar we nu veel mee samenwerken, stuurt patiëntenverslagen per brief. We kunnen hen goed telefonisch bereiken: goed contact!
3. ja, uiteraard hebben we als huisarts te weinig kennis over zeer veel domeinen, dit is namelijk eigen aan het generalist zijn, zelfs asl verleng je de opleiding met 5 jaar dan is er nog te weinig tijd
4. interessante vragenlijst! ik ben benieuwd naar het resultaat, you go girl! :D
5. ik ben huisarts, neit in opleiding...
6. Betere communicatie in 2 richtingen nodig. Kine moet deelse therapeutische vrijheid hebben met daarom voldoende inzage in medische gegevens patient. Arts moet feedback na behandeling krijgen van kine.
7. Neen, doe zo voort ;)
8. andere situatie in een WGC met kine in het forfaitaire systeem: reeds multidisciplinair samenwerken en overleggen onder 1 dak
9. Graag de resultaten van het onderzoek via mail naar X
10. Alle relevante informatie (VG, beeldvorming, ...) moeten door zorgverleners ingekeken kunnen worden via elektronische weg. Een absolute voorwaarde voor mij is dat de patiënt hiervoor toestemming geeft. De patiënt zou als 'beheerder' van zijn medisch dossier via elektronische weg (E-health) verschillende mandaten mogen geven aan verschillende zorgverleners. Hierbij vind ik wel belangrijk dat artsen volledig toegang krijgen om alle informatie te krijgen bij bv. speodgevallen, uit hoofde van het beroepsgeheim.
11. Mooie vragenlijst, kines kunnen & weten veel meer dan gemiddelde arts over musculo-skeletale aandoeningen en behandelingen (uitgez zeldzame zaken). Ze moeten meer beslissingsrecht hierin krijgen....

12. interessant en waardevol onderzoek. betere communicatie tussen arts en kinesist kan alleen maar leiden tot grotere therapeutische successen!
13. -mogelijkheden van communicatie varieren van ene kinesist tot de andere -vraag over specifieren behandeling door arts: nuttig om te verwoorden wat je verwacht, maar uiteindelijk beslist de kinesist vrij de inhoud van de sessie
14. Bij langdurige kinesitherapeutische behandelingen zou het verplicht moeten zijn voor de kinesitherapeut om een kort evaluatieverslag te maken. Heden is het soms niet duidelijk welke behandelingen patiënten precies gekregen hebben, alsook is het vaak niet duidelijk wat de visie van de kinesitherapeut op het probleem is.
15. Informatie kan ook gewoon even telefonisch worden uitgewisseld: minder werk voor iedereen, vlugger en persoonlijker dan alle al het schrijf en typwerk. Het is niet slecht dat de kinesist vanuit zijn competenties meedenkt over diagnose en therapeutische mogelijkheden: daarom kunnen de officieel vereiste gegevens vaak volstaan, evntueel aangvuld met vraagtekens en facultatieve informatie Over de behandelingsmogelijkheden en hun relevantie zou ik wel meer geinformeerd willen worden.
16. neen
17. Een betere communicatie tussen kinesitherapeut en arts zou (in elk geval voor de kinesitherapeut) tijdbesparend zijn.
18. Er is een groot verschil onderling tussen huisartsen. Vaak hebben wij meer medische informatie nodig en is het voorschrift niet toereikend. Langs de andere kant zouden huisartsen ons ook de ruimte moeten kunnen laten om ons kinesitherapeutisch onderzoek en daaropvolgend behandelingsplan te kunnen uitvoeren. Zodat we iedere patiënt een individueel aangepaste behandeling kunnen geven en niet teveel beperkt worden door het voorschrift.
19. Electronische communicatie kan op om het even wélk moment, er wordt niet gestoord tijdens consultaties. Persoonlijk contact arts-kine blijft daarentegen noodzakelijk
20. Misschien is het zinvol om kinesitherapeuten een email adres te bezorgen waar men alle email adressen van dokters in de omgeving kunnen aanvragen indien ze dit zelf willen.
21. Er worden slechts heel weinig bijscholingen georganiseerd rond het thema voorschrift kinesitherapie .In de opleiding wordt er te weinig aandacht aan besteed. E-health,vitalink...allemaal goed en wel maar deze programma's zijn niet eens gelinked met ons eigen EMD Laat ons geen verschillende systemen naast elkaar gebruiken ..dit is dubbel werk en tijdsverspilling ipv winst. (cfr GFD waar enkel de apothekers toegang toe hebben en wij als arts niet)
22. Er is ook nood aan goede sjablonen Ivm relevante info voor kine lijkt het mij belangrijk dat die relevantie door arts (in samenspraak met patient) bepaald wordt en dat kine niet zomaar alle beelden, of alle medic of.....te zien krijgt.
23. Ik pleit voor een vak in de opleiding geneeskunde waarin meer duidelijke en gedetailleerde uitleg gegeven wordt over andere medische en paramedische beroepen. Zeker voor huisartsen
24. neen
25. De reeds zo lang aangehaalde relatie arts-kinesitherapeut zal nooit optimaal werken zolang de artsen hun meerderwaardigheidspositie binnen de menselijke geneeskunde niet willen verlaten. Te veel zijn wij als kinesitherapeuten vragende partij, maar blijven onze goede bedoelingen te veel stranden op tijdsgebrek en/of desinteresse van de huisarts. Als menig huisarts nu, na 12 jaar hervorming (sinds 2002) van het voorschrift nog steeds verkeerde voorschriften maken (volgens vastgelegde normering door het RIZIV) en nog steeds essentiële meldingen vergeten te maken op het medisch voorschrift is dit meteen al een eerste bewijs van deze bewering. Zo zijn er nog een hele reeks voorbeelden van de zeer slechte communicatie tussen artsen en kinesisten.
26. Er werd mij door een artsenpraktijk aangeraden om mij een programma aan te schaffen om zo de elektronische administratie voor hen gemakkelijker te maken (ik mail nu gewoon de verslagen door). Ik heb dit opgezocht op het internet (hector), maar dit is voor mij ongeveer 50 euro per maand als ik dit zou aanschaffen. Dit is voor mij te veel geld en ik haal er te weinig voordeel uit. Ik ben absoluut pro elektronische dossiers en goede communicatie, maar het moet betaalbaar blijven voor ons, anders denk ik niet dat er veel kinesitherapeuten op zullen toehappen..
27. Zeer interessant om via electronische weg een beter contact te hebben met de artsen! Ik ben helemaal voor.
28. gezien ik in een wijkgezondheidscentrum werk, met 2 kinesisten, 1 verpleegkundige en 3 huisartsen, hebben de kinesitherapeuten rechtstreeks toegang tot alle relevante gegevens in het gedeelde medische dossier, en is er regelmatig patiëntenoverleg waar nodig.
29. tis een moeilijk probleem... Voor mij persoonlijk gaat er niets boven een modelinge communicatie. Weet ik iets niet of is er een probleem, ik bel de arts. NIEMAND leest die papieren berg...ik ben uitgesproken tegen al die overbodige dossiers waar NIEMAND beter van wordt, integendeel ik ben van oordeel dat de kwaliteit achteruit is gegaan sinds we die eindeloze administratie moeten doen...en al dit voor een armoedige vergoeding.
30. De elektronische snelweg kan de communicatie en samenwerking tussen beide beroepsgroepen relevant verbeteren met respect voor elkaars deskundigheden.
31. Directe communicatie via telefoon wordt bij ons in de praktijk vaak toegepast met de huisartsen. Hier ben ik ook voorstander van. Een veilig electronisch verkeer is zeker ook een nuttig alternatief.
32. Ik behandel in mijn praktijk enkel neurologische patiënten en krijg nauwelijks informatie betreffende pathologie, porgnose,... Mvg
33. Meer communicatie lijkt me heel broodnodig.
34. met meerdere artsen is samen-informeren zeer goed.Bij anderen veel te moeilijk,nog anderen zijn niet bereid.
35. De communicatie kan volgens mij duidelijk nog verbeterd worden. Vaak krijgen wij te weinig achtergrondinfo die evt wel belangrijk kan zijn mbt de klacht van de patiënt (ofwel heel summiere info op voorschrift). niet alle patiënten slagen erin om dit zelf te verduidelijken.

36. Hoe kunnen kiné's blijven onthouden dat ze aan hun verwezen patiënt 'achter de rug van de huisarts' geen bijkomend specialistisch advies en behandeling mogen suggereren zonder eerst de huisarts daarbij te betrekken!!!??? M.i. rampzalig voor de vertrouwensrelatie tussen arts en kiné.
37. Er is nog héél veel werk aan de winkel om dit probleem op te lossen. Best ook Axxon, de beroepsvereniging van kinesitherapeuten hierin betrekken of hen zeker de resultaten bezorgen want zij zijn hier ook volop mee bezig ! Succes en bedankt !
38. Een problematisch voorbeeld. Mw "X" 50 jaar laat door haar huisdokter een HIV test uitvoeren....na een "avontuurtje"...voor de "veiligheid"....enkele jaren later heeft zij een ongeluk met een beenbreuk bv...Haar toekomstige schoondochter is kinesitherapeut...ze zal graag haar schoonmoeder revalideren....is het wenselijk dat ze de "labo onderzoeken," zou raadplegen bij de huisdokter of via een E-dossier ?...Tja..waarom heeft schoonmama ooit een aidstest laten doen..wie weet dat in de familie...antwoord gewenst
39. nee
40. Niet elke arts is toegankelijk voor de kinesitherapeut
41. voorstel is eerder een verwijzing naar de kine , zoals verwijzing naar een specialist , waar deze dan de vrijheid zou kunnen hebben de gepaste therapie op te starten , zoals nodig geacht vanuit het therapeutisch arsenaal waarover hij/zij beschikt , met eventuele bemerking van eventueel de therapie af te wijzen als dat niet tot zijn/haar therapeutisch gamma/knowhow behoort . Dus meer vrijheid van de kine qua therapeutische begeleiding
42. succes!
43. neen, succes !
44. Toen ik werkzaam was in het ziekenhuis en in de praktijk van Dr. X(fysiotherapeut) was er wel voldoende communicatie. In mijn privé- praktijk moet al het initiatief van mijzelf komen . De voorschriften van de huisartsen geven heel weinig info. Mvg
45. Fantastisch onderwerp voor uw lasterproces. Veel succes gewenst.
46. Misschien is mijn inbreng niet relevant, want ik ben 6 maanden geleden met pensioen gegaan.
47. er zijn wel communicatiemogelijkheden e en per telefoon maar ze worden niet geraadpleegd omdat ze moeilijk ter beschikking staan, vb emailadressen zijn niet altijd gekend, e-health niet gekend, medbridge
48. te weinig input van technisch onderzoek - communicatie tssn vnl specialisten en kine is heel stroef. Artsen kennen en weten nog te weinig over de werkinhoud van de kine's.
49. Met de meeste artsen loopt communicatie goed ; met anderen minder vlot. Ik vermoed leeftijds gebonden, met de ene arts com. mogelijk via mail bv.; met de andere com via briefjes op prikbord, of tel. Hier in onze regio lijkt mij com. vrij O.K. maar eerder éénzijdig. Ik bedoel Kine is steeds initiatief nemer op 1 arts na.(1 van de 5 algemeen artsen) Vriendelijke groeten.
50. Indien de resultaten van deze enquete bekend zijn, zou het nuttig zijn deze te delen met Axxon P.T.i.B. de representatieve beroepsvereniging voor kinesitherapeuten. Indien U bepaalde info nodig heeft kunnen we U waarschijnlijk van dienst zijn .
51. Het jammere van zo'n bevraging is dat geen "nuances" en bijkomende info kunnen gegeven worden. Succes verder !
52. Het maken van verslagen,al dan niet elektronisch,vergt tijd van de kinesitherapeut. Hij zou hiervoor ook moeten vergoed worden;
53. De dokters hebben reeds zoveel "papieren" in te vullen, dat ze niet staan te springen om elke verandering of status steeds aan de kine mede te delen.
54. ik vergader 1x/maand met de 2 meest bezochte kinepraktijken van mijn patienten. interaktief overleg is belangrijk en niet mogelijk/minder snel via elektronische weg
55. neen
56. Mijn inziens hebben (sommige) artsen te weinig inzicht wat het beroep kinesitherapie inhoudt. Daarnaast zijn voorschriften vaak te vaag of er staan verouderde therapiemodaliteiten op vermeld. Artsen in opleiding weten zelfs vaak niet wat er op een voorschrift moet staan, of wat het verschil is tussen E-, F- en C-pathologie. Vooral huisartsen lijken een te brede, algemene kennis te hebben, waardoor hun kennis over het musculoskeletaal systeem beperkt is. Hierdoor wordt niet altijd de meest ideale therapie voorgeschreven. Al te gemakkelijk wordt pijnmedicatie voorgeschreven voor lage rugpijn, terwijl houdingscorrectie en stabiliserende oefeningen, wel de oorzaak aanpakken. Pijnmedicatie doet dat uiteraard niet. Dit is maar één klein voorbeeld. Jammer dat artsen vaak niet openstaan voor de mening van anderen, in feite meer gespecialiseerde, personen die evenwel geen dokter zijn. Er zou vooral op dit vlak een betere communicatie mogen zijn. Artsen kunnen niet alles weten (het zijn ook maar mensen), en voor de patiënt is het in dat geval niet slecht om raad te vragen aan iemand die er dagelijks mee bezig is.
57. Ik ben laatstejaars student-kiné (stond niet bij de opties)
58. arts-kinesitherapeut communicatie is erg belangrijk en moet niet enkel van de kinesitherapeut komen. Het is belangrijk dat de arts de kinesitherapeut naar waarde schat en deze ook voldoende info geeft. Het gebruik van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek door de arts is iets die nog meer gepromoot moet worden
59. Behandelvoorstel is niet echt noodzakelijk aangezien een goede kinesitherapeut een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek doet en op basis daarvan zijn behandeling opstelt. Voorstellen van de arts zijn wel welkom, maar wat vooral goed zou zijn, is dat er op het voorschrift komt of er al dan niet contra-indicaties zijn en wat deze dan wel zijn. Post-operatief kan een behandelvoorstel wel nuttig zijn. Aangezien de chirurg exact weet wat er bij de operatie gebeurd is. Hier denk ik dan vooral ook aan de contra-indicaties. Wat we gedurende welke tijd absoluut niet mogen doen en waarom.

60. Artsen hebben vaak geen idee over de mogelijkheden van kinesitherapie en de indicatie. Ik merk helaas vaak dat patiënten niet of veel te laat worden doorgestuurd voor een probleem dat gemakkelijk op te lossen is met kinesitherapie…
61. Het zou goed zijn, mochten wij inderdaad kunnen communiceren met artsen via een vorm van 'mail' (wat nu eigenlijk niet kan wegens privacy). Een geschreven verslag vraagt vaak veel meer tijd dat nodig (onvergoed), en via telefoon is het helaas vaak moeilijk om elkaar te bereiken. Er is een zeer groot verschil in onze communicatie met jonge artsen tov oudere artsen. Jongere artsen zien dat wij (indien manuele therapie bijgestudeerd te hebben) evengoed correcte diagnoses kunnen stellen, tot zelfs meer kennis hebben van het bewegingsapparaat en de oplossingen hiervoor. Zij durven ons hiervoor consulteren en vragen naar advies. Dit is een zeer gunstige samenwerking, die voor beide partijen, en nog het meest voor de patiënt, voordelen heeft. We kunnen elkaar heel goed helpen en zouden goed moeten kunnen samenwerken. (en dat gaat niet vanuit een optiek 'werkgever'- 'werknemer' systeem zoals met het huidige voorschriftenbeleid).
62. Een betere samenwerking zou het allemaal veel efficiënter maken. Vaak heeft de kinesitherapeut een veel beter zicht dan de arts over de musculoskeletale klacht maar over het te volgen beleid is hij volledig afhankelijk van de samenwerking met de arts.
63. Op een 'veilige' (wat privacy betreft) manier over patiënten kunnen mailen met artsen zou al een enorme vooruitgang zijn
64. Neen dank u.
65. /
66. Beste, Ik ben zelf als kinesitherapeut afgestudeerd in 2009 aan de KUL. Daarna heb ik mijn opleiding manuele therapie aan de UGent gedaan. Ik ben iemand die heel snel de telefoon neemt en belt met de arts. Jammer genoeg merk ik dat artsen eigenlijk helemaal niet weten wat wij doen… Ze denken dat wij nog altijd masseren… Ik zeg dan altijd, met een lachje weliswaar :-), dat ik geen 5 jaar gestudeerd aan de universiteit om te masseren. Ik probeer altijd op zoek te gaan naar de oorzaak van de problemen. Het zou fijn zijn als er een betere communicatie is tussen artsen en kinesitherpeuten! Nu ben ik wel benieuwd wat de artsen hiervan vinden? Mijn naam is X en werk in Herentals en ben zelf een praktijk aan het opstarten. Mijn e-mail adres: X. Als u nog vragen/ medewerking nodig hebt, mag u altijd iets laten weten! Ook… graag zou ik uw thesis wel's willen lezen (als dat kan/mag :-)). Vind het een interessant onderwerp!! Alleszins, Veel succes!! Groetjes,
67. /
68. Dit onderzoek is een fantastisch initiatief!
69. neen
70. Ik werk in een multidisciplinaire praktijk en heb dus vlot contact met de huisartsen. Dit vind ik een absolute meerwaarde voor ons beroep ikv een optimale patiëntenzorg.
71. U spreekt over 'electronische weg', hier stonden programma's of platvormen tussen die me niet bekend zijn. Ik veronderstelde dat communicatie via mail hier niet toe behoorde, indien dat wel het geval is heb ik Uw vragenlijst niet volledig correct ingevuld. Veel succes, u heeft een boeiend thema voor eindverhandeling gekozen!
72. Als kinesitherapeut werk je meerdere keren per week gedurende een half uur met de patient, je volgt en stuurt zijn revalidatie en bent vaak het meest nauw betrokken bij dit proces. Beschikken over alle relevant informatie betreffende de medische voorgeschiedenis en huidige medische toestand van de patiënt zijn dan ook onontbeerlijk. Operatieverslagen worden wel naar de huisarts gestuurd maar niet naar ons. Een voorschrift bevat vaak slechts weinig informatie betreffende de uitgevoerde ingreep. Het is dan vaak zeer moeilijk om de mogelijke indicaties en contra-indicaties in te schatten.

6.3 Formulier ethische commissie – informed consent

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt
TITEL : Verbeteringen in communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut.
INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Stephanie Johanns een onderzoek naar de huidige communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut, en hoe deze in de toekomst beter kan verlopen. Dit onderzoek gebeurt in de periode van juli 2013 tot en met juli 2014,onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

We willen nagaan hoe de communicatie momenteel ervaren wordt, en of er vraag is naar betere communicatie. Verder kijken we naar bevorderende en hinderende factoren met betrekking tot een goede interprofessionele communicatie. Niet alleen nemen we de mening van arts en kinesitherapeut op in onze analyse, maar ook de mening van de patiënt.
Dit alles leidt ons ertoe een voorstel te kunnen maken met betrekking tot toekomstige communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut, en dit op een zeer praktische manier.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts U een gestructureerde vragenlijst voorleggen omtrent dit onderwerp.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere relatie met de huisarts.
Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Stephanie Johanns

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: .....

1. Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters)
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van KU Leuven en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum..... Handtekening.....
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum..... Handtekening.....
Informerende arts