Patiëntgerichte samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut? Beschrijving vanuit verschillende standpunten en interventieonderzoek met voor- en nameting

Potoms Reiner, Universiteit Antwerpen

Promotor: Samuel Coenen, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Een woord van dank,

Vele mensen hebben meegeholpen aan de totstandkoming van deze Masterproef. Ik wil daarom in dit dankwoord gebruik maken om hen te danken voor hun steun, inzet en vertrouwen.

Vooreerst wil ik graag mijn promotor, Samuel Coenen, en co-promotor, Giannoula Tsakitzidis bedankten voor hun begeleiding en inbreng. Hun inzicht, deskundigheid en correctheid waren een meerwaarde naar mij toe.

Ook de inbreng van mijn praktijkopleider, Dr. Annemie Dom, en mijn collega Dr. Johanna Staes waren van grote waarde.

Tot slot nog een klein bedankwoordje aan mijn huisgenoten en tevens mede-HAIO's voor de steun en goede tips.

INHOUDSOPGAVE 3

1. Abstract 4
2. Inleiding 5
3. Onderzoeksvraag en methodologie 7
4. Literatuurstudie 8
   - 3.1 Inleiding 8
   - 3.2 Methode 8
   - 3.3 Resultaten 10
   - 3.4 Discussie 13
5. Interventie-onderzoek met voor- en nameting 15
   - 5.1 Voormeting 15
     - 5.1.1 Inleiding 15
     - 5.1.2 Methode 15
     - 5.1.3 Resultaten 16
   - 5.2 Interventie 21
   - 5.3 Nameting 21
     - 5.3.1 Inleiding 21
     - 5.3.2 Methode 22
     - 5.3.3 Resultaten
28
6. Statistiek 25
7. Rondetafelgesprek 27
   - 7.1 Inleiding 27
   - 7.2 Methode 27
   - 7.3 Resultaten
8. Discussie 30
   - 8.1 Opzet studie 30
   - 8.2 Resultatenbespreking 31
   - 8.3 Sterktes en zwaktes van het onderzoek 32
   - 8.4 Link met recente literatuur 33
   - 8.5 Suggesties voor verder onderzoek 35
   - 8.6 Betekenis voor de praktijk 35
   - 8.7 Conclusie 35
9. Referenties 36
10. Bijlagen 37

1. Abstract

Context: De aandacht voor interprofessionele samenwerking neemt toe. De samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut is hiervan een relevant voorbeeld voor de huisartspraktijk. Over de kijk van patiënten op deze samenwerking zijn weinig gegevens beschikbaar.

Onderzoeksvragen: Wat is er beschreven over de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in binnen- en buitenland? Op welke wijze werken kinesitherapeuten en huisartsen samen ? Wat is de rol van patiënten in deze samenwerking? Wat is hun kijk hierop? Kan een interventie de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten verbeteren volgens patiënten met musculoskeletale klachten? Wat zijn de standpunten van huisartsen en kinesitherapeuten op deze interventie en de samenwerking? Zorgt een telefoongesprek en rondetafelgesprek een basis voor een betere samenwerking in de toekomst?

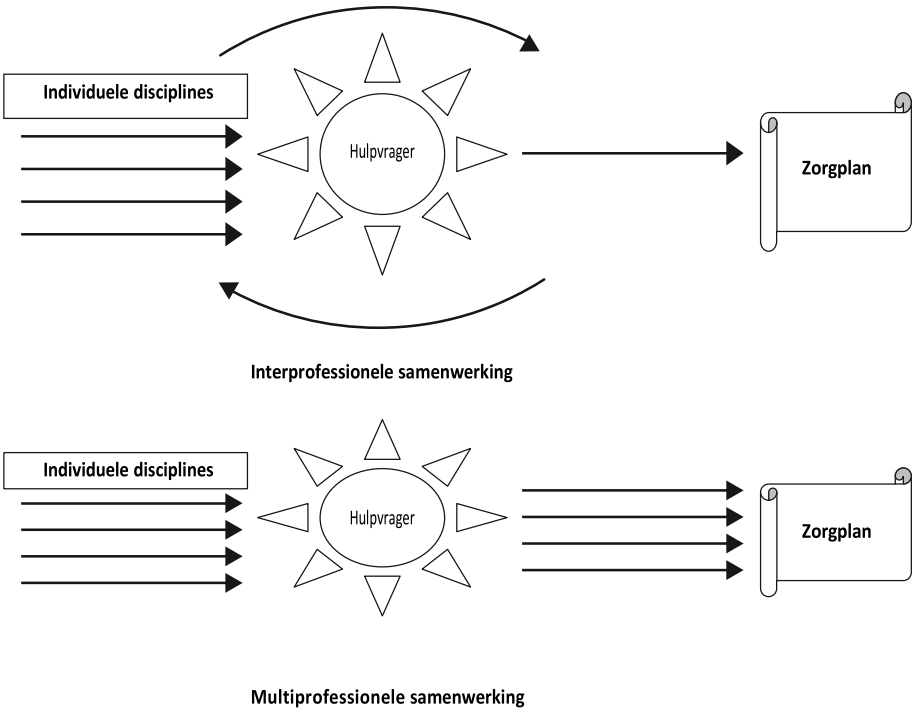
Methode: Met een systematisch literatuuronderzoek volgens de watervalstrategie zochten we naar informatie over de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. De bevraging van patiënten gebeurde met een op literatuur gebaseerde vragenlijst (voormeting). Met dezelfde vragenlijst werd de samenwerking ook beoordeeld na een interventie, met name een telefonisch contact van de huisarts met de kinesitherapeut. Nadien werden middels een rondetafelgesprek met 9 kinesitherapeuten en 3 huisartsen resultaten van de voormeting en het interventie-onderzoek getoetst aan de deelnemers. Ook andere, op literatuur gebaseerde, onderwerpen kwamen aan bod.

Resultaten: De literatuurgegevens toonden een slechte communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. Samenwerking gebeurde eerder volgens een multidisciplinair model. De perceptie van patiënten over de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut verbeterde tussen voor- en nameting, bv. mindere perceptie van kritiek tussen huisarts en kinesitherapeut en betere perceptie over de begeleiding door huisarts en kinesitherapeut. Enkele van de vragen toonden na de interventie een statistisch significant verschil ($p<0,05$). Het rondetafelgesprek bevestigde veel eerder beschreven literatuurgegevens en had zelf een drempelverlagend effect op de communicatie tussen de deelnemende huisartsen en kinesitherapeuten. De telefonisch interventie bleek wel niet in alle geval zinvol.

Conclusies: De perceptie van patiënten op de samenwerking werd positiever na een systematisch telefonisch overleg tussen huisarts en kinesitherapeut. Deze laatsten vonden een telefonische interventie zeker zinvol zijn in geselecteerde gevallen.

2. Inleiding

Interprofessioneel samenwerken is belangrijk in de eerstelijnsgeneeskunde [1]. Door de opmars van vele groepspraktijken is het zeker geen overbodige luxe om goed interprofessioneel te kunnen samenwerken. Bij een interprofessionele samenwerking is er een interprofessioneel team, waarbij men in samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt. [2] Een interprofessioneel model onderscheidt zich hier van een multidisciplinair model. Bij een multidisciplinair model treden de actoren op een sequentiële manier op zonder al te veel interactie terwijl een interprofessioneel model de relaties tussen de disciplines analyseert, synthetiseert en harmoniseert in een gecoördineerd en coherent geheel.[3] Dit wordt weergegeven in figuur 1. [1]



Figuur 1: Model van multi- en interprofessioneel samenwerken

Ik ben zelf HAIO in een multidisciplinaire groepspraktijk met onder andere een psycholoog, logopedist, seksuoloog en diëtist en heb hierbij vastgesteld dat de samenwerking niet steeds optimaal verloopt. Zeker de samenwerking met de disciplines die niet in onze praktijk aanwezig zijn verloopt soms moeilijk. Zo is het soms moeilijk om rechtstreeks te overleggen

met paramedici en ontstaan soms (onnodige) conflicten omtrent diagnose en behandeling van de patiënt. Ook is het mij sedert het begin van mijn HAIO-opleiding opgevallen dat de communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut vooral via voorschrift verloopt. Andere communicatiemiddelen (telefoon/e-mail/briefwisseling/..) komen veel minder aan bod. Omdat ik benieuwd was of een ander communicatiemiddel een goede stap kan zijn richting een betere interprofessionele samenwerking heb ik een studie opgezet over de interprofessionele samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Een goede samenwerking tussen huisartsen en paramedici heeft een positief effect op de zorgkwaliteit van de patiënt, de centrale persoon voor alle zorgverleners [4][5].

Deze studie werd opgezet om enerzijds een beeld te geven van de interprofessionele samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut en anderzijds om te kijken of een eenvoudige interventie deze interprofessionele samenwerking kan bevorderen.

Vele standpunten in de hieronder beschreven literatuur focussen zich vooral op de mening van huisarts en kinesitherapeut. Daar het primaire belang van de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut toch nog altijd patiëntgericht werken is, leek het mij zeer interessant om de kijk van patiënten op deze samenwerking mee in de studie op te nemen.

3. Onderzoeksvraag en methodologie

Ik ging op zoek naar antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is er beschreven over de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in binnen- en buitenland?
- Op welke wijze werken kinesitherapeuten en huisartsen samen?
- Wat is de rol van patiënten in deze samenwerking? Wat is hun kijk hierop?
- Wat zijn de standpunten van huisartsen en kinesitherapeuten op deze samenwerking?

Om op deze vragen te kunnen antwoorden ging ik eerst een grondige literatuurstudie doen, waarvan de methode verder in meer detail wordt beschreven.

Nadien ging ik op zoek naar de visie van patiënten op de interprofessionele samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut en naar een interventie die deze samenwerking kan bevorderen.

Hiervoor hebben we als voormeting een vragenlijst afgenomen bij patiënten met musculoskeletale problematiek om te peilen naar hun visie. Vervolgens hebben we als interventie tijdens een consult een telefonisch overleg gedaan tussen huisarts en kinesitherapeut omtrent de diagnose en voorgestelde behandeling waarna dezelfde vragenlijst werd meegegeven als nameting. Tenslotte heb ik nog een rondetafelgesprek georganiseerd teneinde de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut te bespreken en de samenwerking te bevorderen. Ook hierover meer details in wat volgt.

4. Literatuurstudie

4.1 Inleiding

In het eerste deel van de Masterproef voerde ik een literatuurstudie uit met als doel een beeld te krijgen van de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten in binnen- en buitenland.

De bedoeling was om te kijken naar wat er gekend is over de samenwerking, wat de voor- en nadelen zijn, wat de moeilijkheden zijn, welke standpunten kinesitherapeuten en huisartsen nemen en/of er iets gekend is wat de kijk van patiënten is op deze samenwerking. Ook ging ik nagaan welke factoren een (remmende of bevorderende) invloed hebben op de samenwerkingsvorm.

4.2 Methode

De literatuurstudie voerde ik uit volgens het watervalprincipe.

Inclusiecriteria waren beschrijvingen van samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Ook artikels met wijze van samenwerking werden meegenomen.

Exclusiecriteria waren samenwerking met andere paramedici, samenwerking in de tweedelijnszorg, samenwerking tussen artsen onderling.

Allereerst werden de quaternaire bronnen geraadpleegd. De bronnen die doorzocht werden waren NHG-standaarden, richtlijnen van Domus Medica en EBM PracticeNet en de database International Guideline Library van het Guidelines International Network. Zoektermen die werden gebruikt waren ‘communicatie’ , ‘communication’, ‘samenwerking’ , ‘collaboration’, ‘kinesitherapeut’, ‘physiotherapist’.

Hierna gingen we de tertiaire bronnen bekijken. Dit deden we via CEBAM. De klinische artikelbesprekingen van MINERVA, Folia Farmaceutica en APC Journal Club werden geraadpleegd met de zoektermen ‘kinesitherapeut + samenwerking’ , ‘kinesitherapeut +

communicatie', 'multidisciplinair' alsook de engelse termen 'physiotherapist + communication', 'physiotherapist + collaboration', 'interdisciplinary', 'multidisciplinary'.

Daarna gingen we verder naar de secundaire bronnen, namelijk de systematische reviews en de meta-analyses. Hier zochten we vooral via CEBAM in de Cochrane Library en The Physiotherapy evidence database.
We zochten via de trefwoorden: 'interprofessional collaboration', 'collaborative working', 'communication general practitioner', collaboration general practitioner', 'physiotherapist','physiotherpautical', 'general practitioner + physiotherapist'.

Uiteindelijk doorzochten we ook nog de primaire bronnen. Ik ging vooral op zoek in Medline naar oorspronkelijke studies via CEBAM (Ovid), maar ook via pubMed met MESH-termen.

("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]))

Ook zochten we in pubMed nog via een gewone zoekopdracht met dezelfde trefwoorden als in de secundaire bronnen.

Tenslotte gingen we nog zoeken in de grijze literatuur. We gingen op de ICHO site op zoek naar vroegere Masterproeven. De zoektermen 'kinesitherapeut' en 'kinesitherapeutisch' werd er gezocht doorheen de Masterproeven.

Met de bovenvermelde zoektermen gingen we ook nog zoeken op Google.

4.3 Resultaten

Artikels

Quaternaire bronnen

NHG-standaarden, Domus Medica, EBMpracticenet, International Guideline Library -> Inclusie N=0

Tertiaire bronnen

Minerva: N=9 -> Inclusie N=0

APC Journal Club -> Inclusie N=0

Folia -> N=0

Secundaire bronnen

Cochrane Library
Via de zoekterm 'physiotherapist' hadden we 39 hits waarvan geen enkel in aanmerking kwam voor inclusie. Via 'physiotherapeutical' hadden we 1 hit die niet in aanmerking kwam voor inclusie. De zoekterm 'collaborative working' leverden 9 hits op waarvan geen enkel in aanmerking kwam voor inclusie. De zoekterm 'general practitioner + physiotherapist' leverden 3 hits op waarvan geen enkel kon geïncludeerd worden.

Primaire bronnen

Ovid via CEBAM

Via de zoekterm 'physiotherapist + general practitioner (ook vinkten we 'include related terms' aan) kregen we 8109 hits. We gingen daarna zoeken naar publicaties vanaf 1985 waardoor we 6512 hits hadden.
Vervolgens gingen we sorteren op relevantie (gemarkeerd met 4 of meer sterren op de

website) waardoor vanaf ongeveer artikel 100 er geen relevante artikels meer te vinden waren die geïncludeerd konden worden. Hiervan konden 2 artikels geïncludeerd worden.

Pubmed

Via de zoektermen werden meer dan 500 artikels gevonden. We gingen de inclusiecriteria en exclusiecriteria toepassen waarbij we nog een inclusie hadden van 2 artikels.

Grijze literatuur

Op de ICHO-site vonden we 3 relevante hits over vroegere Masterproeven met betrekking tot samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut.
Ook vonden we via Google een Nederlandse studie over chronische pijn die in 2007 werd gepubliceerd.

Samenwerking huisarts-kinesitherapeut: wat is beschreven?

In het verleden is er vooral veel onderzoek gedaan naar de geschreven communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. In 1989 werd door Scaffardi reeds de handgeschreven communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten onderzocht[6]. Hij beschreef welke elementen kinesitherapeuten op hun verwijsbrief wensten. Hij toonde ook aan dat huisartsen meestal schriftelijk communiceerden met kinesitherapeuten en maar zeer zelden verbaal. Verbale communicatie zou volgens hem wel kunnen verbeterd worden moesten de verschillende disciplines in hetzelfde gebouw aanwezig zijn.

Het voorschrift werd nog nauwkeuriger onder de loep genomen in een Masterproef uit 2009 [7]. Hier deed men eerst een systematische review gevolgd door een observationele studie. Men ontleedde 266 kinesitherapeutische voorschriften met de nadruk op inhoud en volledigheid, naar de mening van kinesitherapeut. Tenslotte deed men nog een kwalitatief onderzoek door middel van een interview bij 10 kinesitherapeuten. De systematische review toonde dat de onderlinge communicatie redelijk werd beoordeeld. Algemeen werd wel schriftelijke communicatie verkozen. De meeste communicatie verliep na afloop van de behandeling. Slechts zelden werden er verslagen gestuurd hoewel deze zeer welkom waren. Kinesitherapeuten wensten vooral een juiste diagnose op de verwijsbrief. Beperkingen voor

een goede communicatie waren de beperkte kennis van wat kinesitherapeuten allemaal doen, slechte ervaringen bij voorgaande communicatie en beperkte beschikbaarheid en dominante houding van de arts tegenover kinesitherapeut. De interviews toonden aan dat 90% van de kinesitherapeuten het voorschrift te beperkt vinden wat betreft informatie over de patiënt. Zij wensten relevante medische voorgeschiedenis, met betrekking tot huidige pathologie, en uitslagen van medische beeldvorming. De aard van behandeling en frequentie van behandeling werd als optioneel geacht. Tachtig procent van de kinesitherapeuten voelde een tekort aan communicatie, voornamelijk door tijdsgebrek van huisartsen en in mindere mate de dominante houding van de huisarts.

In een recentere Masterproef uit 2013 werd het kinesitherapeutisch voorschrift nogmaals onder de loep genomen, en dan vooral de kennis van de huisartsen omtrent het kinesitherapeutisch voorschrift[8]. 40 huisartsen werden geïnterviewd omtrent het kinesitherapeutisch voorschrift. De oorzaken die werden gegeven bij foutieve/onvolledig voorschriften waren: gebrek aan kennis over de mogelijke therapeutische behandelingen, de grote diversiteit aan kinesitherapeuten, de onduidelijkheid tussen E- en F-pathologie en onduidelijke communicatie van de specialist naar de huisarts. Bij een analyse van het voorschrift zelf waren de meest voorkomende fouten het ontbreken van datum (29,9%) en het ontbreken van de diagnose (19,4%).

Over de rechtstreekse samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut is er weinig onderzoek gedaan. Een review van studies toonde de populariteit en de effectiviteit van verwijzing van huisartsen[10]. Over de verwachtingen en de perceptie van verwijzing werd weinig gepubliceerd.

In 2007 werd er een studie over chronische pijn gepubliceerd waarin de samenwerking tussen huisartsen en kinesitherapeuten werd beschreven[11]. 64 kinesitherapeuten beantwoordden een vragenlijst. De vragen behandelden onderwerpen zoals samenwerking, overleg en verwijzing. 47 % van de kinesitherapeuten gaf aan dat er wel wat knelpunten waren in de communicatie met de huisarts bij patiënten met chronische pijn.

Een interessante kwalitatieve studie uit 2002 wou de verwachtingen en kijk van patiënten, huisartsen en kinesitherapeuten in relatie tot de kinesitherapeutische verwijzing nagaan[12]. Er werd een semi-gestructureerd interview gedaan bij 6 patiënten, 6 huisartsen en 6

kinesitherapeuten over verschilden vooropgestelde topics. Deze interviews hadden als resultaat dat er nood is aan een betere communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Nauwere samenwerking zou leiden tot een betere opvolging van, vooral, problematische patiënten. Ook werd aangetoond dat de informatie die door huisartsen gegeven wordt voor verwijzing verbeterd kan worden en dat deze kan gebruikt worden om de niet-specifieke (placebo) effecten van behandeling te verbeten.

Perspectief van huisarts op samenwerking kinesitherapeut huisarts

In een recente Spaanse studie (2013) werd aangetoond dat de samenwerking en communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut op een (kwalitatief) zeer laag niveau stond. De redenen die door huisartsen werd gegeven waren de hoge werkdruk, moeilijkheden in bereikbaarheid van kinesitherapeuten, de niet ondersteunende infrastructuur en de omgeving. Ook het gebrek aan opleiding in de huisartsgeneeskunde met betrekking tot de kinesitherapie werd aangehaald als mogelijke oorzaak. Een uitleg was dat er gedurende de opleiding niet genoeg communicatie was met kinesitherapeut. Ook een gebrek aan theoretische kennis van kinesitherapie werd aangeduid als reden van gebrekkige samenwerking. [13]

4.4 Discussie

Een opvallende vaststelling in onze literatuurstudie was het feit dat we maar heel weinig bronnen als relevant konden beschouwen. Dit kon liggen aan het feit dat we heel specifieke onderzoekvragen hadden opgesteld. Onze zoektocht leverde geen groot aantal artikels op, maar aan eenduidigheid, namelijk een niet zo goede kijk op de samenwerking, ontbrak het niet.
In vele studies was er de belangrijke conclusie dat er zeker nog vooruitgang mogelijk is in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Dit is iets wat naar boven komt bij zowel huisarts als kinesitherapeut.

Als we keken naar de studies die gedaan zijn over de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut dan zien we dat er vooral onderzoek is gedaan met betrekking tot het kinesitherapeutisch voorschrift. Hierbij kwamen ook steeds dezelfde problemen naar boven (weinig kennis over kinesitherapeutisch beroep, slecht opgesteld kinesitherapeutisch

voorschrift, slechte bereikbaarheid huisarts,..). Op patiëntniveau werd er zeer weinig onderzoek gedaan. Perceptie van patiënten werd slechts in 1 onderzoek onderzocht met behulp van een interview.

We kunnen hieruit concluderen dat er nog veel ruimte is voor onderzoek naar samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeuten. Vooral onderzoek naar onderlinge communicatie tussen huisartsen en kinesitherapeuten kan zinvol zijn.

5. Gecontroleerd interventie-onderzoek met voor- en nameting

5.1 Voormeting

5.1.1 Inleiding

In de voormeting wilden we peilen naar de patiënttevredenheid en de kijk van patiënten op de samenwerking tussen kinesitherapeut en huisarts in de dagdagelijkse praktijk.

5.1.2 Methode

De voormeting werd uitgevoerd door de 3 huisartsen van onze groepspraktijk.

De voormeting werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk in Berlaar tussen augustus 2014 en september 2014 en werd beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie. (Dossiernummer: 14/14/169)

Een vragenlijst werd opgesteld na literatuurstudie, waarin de tekortkomingen in de samenwerking werden beschreven, en na overleg met mijn 2 collega's (Bijlage 1). De vragenlijst bestond uit 2 delen. In het eerste deel werden 8 vragen gesteld met betrekking tot de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Er werd gebruikt gemaakt van een 5 punt-Likert-schaal. In het tweede deel werden nog 2 open vragen gesteld waarbij de patiënt zelf onderwerpen kon aanbrengen over de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut.

In juni 2014 hebben we gedurende 1 week genoteerd hoeveel patiënten met musculoskeletale problematiek die een verwijzing naar de kinesitherapeut kregen er langskwamen per arts in onze huisartsenpraktijk. We kozen voor patiënten met musculoskeletale problematiek omdat deze het meest courant voorkomen in de huisartsenpraktijk en we ons wouden beperken tot eenzelfde groep patiënten om de bias zo laag mogelijk te houden. Op basis van deze gegevens konden we inschatten hoeveel vragenlijsten er meegegeven konden worden in een bepaalde meetperiode.

De deelnemers namen vrijwillig deel aan het onderzoek en zij kregen de gelegenheid om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Een informatieve folder werd overhandigd en de opzet van de studie werd mondeling duidelijk gemaakt. (Bijlage 2)

Er werden duidelijke instructies gegeven aan de patiënt. De vragenlijst mocht pas ingevuld worden nadat ze 2 kinesitherapeutische sessies achter de rug hadden. De vragenlijsten moesten terug binnengebracht worden tijdens een opvolgconsult. Als dit niet mogelijk was mocht dit eveneens gedeponeerd worden in de brievenbus of via de secretaresse binnengebracht worden.
Demografische gegevens van patiënten (leeftijd, geslacht, musculoskeletale problematiek) werden nadien handmatig opgezocht in het patiëntendossier.

De vragenlijsten die we terugkregen verwerkten we in Excel. We geven per vraag de verdeling weer over de antwoordcategorieën.

5.1.3 Resultaten

Zoals hierboven beschreven hebben we 1 week het aantal kinesitherapeutische verwijzingen voor musculoskeletale problematiek per arts genoteerd. Respectievelijk zagen we 3, 5 en 6 verwijzingen naar de kinesitherapeut op 1 week. Omdat we er vanuit gingen dat het niet bij elk consult mogelijk was een vragenlijst mee te geven vanwege tijdsgebrek (om goede instructies te geven) gingen we uit van 40 vragenlijsten, verdeeld over de 3 huisartsen van onze praktijk.

Demografische gegevens

De demografische gegevens van de voormeting zijn te vinden in tabel 1.

De meeste patiënten situeerden zich rond de middelbare leeftijd . In de leeftijdscategorieën 40-50j en 50-60j vonden we het meeste aantal patiënten, namelijk 19 van de 29 geïncludeerde patiënten. De gemiddelde leeftijd was 49,4 jaar. Het geslacht van de patiënten was ongeveer gelijk verdeeld . De musculoskeletale problematiek die het meeste voorkwam was rugproblematiek.

	Aantal patiënten
Leeftijd	
10-20j	1
20-30j	1
30-40j	3
40-50j	8
50-60j	11
60-70j	5
70+	0
Geslacht	
M	13
V	16
Problematiek	
Rug	14
Hals	5
Onderste Ledematen	4
Bovenste Ledematen	6

Tabel 1: demografische gegevens voormeting

Vragenlijsten

Van de 40 vragenlijsten die werden meegegeven in de periode augustus 2014 en september 2014 kregen we er 29 terug. In tabel 2 zien we de resultaten van de vragenlijsten van de voor- en nameting. De resultaten van voormeting worden hieronder besproken.

		Aantal patiënten	
	Score	VOOR	NA
Vraag 1	1=Absoluut NIET	0	0
	2	1	2
	3	6	3
	4	12	10
	5=Absoluut WEL	10	16
Vraag 2	1=Absoluut NIET	0	0
	2	3	1
	3	7	8
	4	12	9
	5=Absoluut WEL	7	13
Vraag 3	1=Zeer SLECHT	0	0
	2	1	1
	3	12	6
	4	8	6
	5=Zeer GOED	8	18
Vraag 4	1=Absoluut NIET	0	0
	2	7	2
	3	9	4
	4	8	9
	5= Absoluut WEL	5	16
Vraag 5	1= NOOIT	13	19
	2	8	8
	3	5	3
	4	2	1
	5=ALTIJD	1	0
Vraag 6	1=NOOIT	11	20
	2	8	7
	3	5	4
	4	5	0
	5=ALTIJD	0	0
Vraag 7	1=NOOIT	5	1
	2	7	0
	3	8	1
	4	5	10
	5=ALTIJD	4	19
Vraag 8	1=Zeer SLECHT	0	0
	2	2	1
	3	7	6
	4	11	9
	5=Zeer GOED	9	15

Tabel 2 geeft een overzicht van resultaten van voor- en nameting

1) **Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw kinesitherapeut in het kader van u spier- en gewrichtsklachten?**

We zien dat de meeste mensen zich over het algemeen goed begeleid voelen door de kinesitherapeut. Ongeveer ¼ van de patiënten voelt zich perfect begeleid. We zien dat ongeveer 2/3 een eerder positieve score geven aan de begeleiding van hun kinesitherapeut. Geen van de patiënten voelt zich absoluut niet begeleid door de kinesitherapeut.

2) **Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw huisarts in het kader van uw spier- en gewrichtsklachten?**

We merken dat patiënten zich over het algemeen goed tot zeer goed begeleid voelen door hun huisarts in het kader van hun spier- en gewrichtsklachten. 19 patiënten van de 29 geven een score van 4 of 5. Geen van de patiënten voelt zich absoluut niet begeleid.

3) **Hoe ervaart u de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?**

We zien dat 16 patiënten een goede tot zeer goede samenwerking aangeven tussen huisarts en kinesitherapeut. De meerderheid (n=12) van de patiënten vindt de samenwerking maar middelmatig.

4) **Vindt u dat uw huisarts en uw kinesitherapeut op dezelfde golflengte zitten?**

De resultaten zijn redelijk gelijkmatig verdeeld. Geen van de scores springt er bovenuit.

5) **Is er soms kritiek aanwezig van de huisarts op het beleid van de kinesitherapeut?**

21 patiënten geven aan dat er nooit tot quasi nooit kritiek aanwezig is van de huisarts op het beleid van de kinesitherapeut. 5 patiënten blijven in het midden qua mening. Een minderheid (n=3) geeft aan dat er bijna altijd tot altijd kritiek aanwezig is op het beleid van de kinesitherapeut .

6) **Is er soms kritiek aanwezig van de kinesitherapeut op het beleid van de huisarts?**

We zien dat er volgens 19 patiënten nooit tot bijna nooit kritiek aanwezig is van de kinesitherapeut op het beleid van de huisarts. 5 patiënten vinden dat er bijna altijd kritiek aanwezig van de kinesitherapeut.

7) **Geeft uw huisarts raad bij verwijzing naar welke kinesitherapeut u best gaat?**

De resultaten zijn redelijk gelijkmatig verdeeld, in positieve en negatieve zin.

8) **Hoe ervaart u in het algemeen u revalidatieproces?**

De meerderheid van de patiënten beschouwen hun revalidatieproces als goed tot zeer goed (n=20). Een minderheid van de patiënten (n=2) ziet dit eerder naar de slechte kant .

9) **Wat is de rol van de huisarts in uw revalidatieproces?**

Dit was een open vraag waarbij patiënten vrij konden antwoorden. Het antwoord dat het meest frequent werd gegeven was 'het voorschrijven van (pijnstillende) medicatie'.

Andere antwoorden:

- Verwijzing specialist
- Attesten werkgever + ziekenfonds
- Bijstand verlenen indien er problemen zijn
- Opvolgen revalidatie
- Begeleiden in mijn proces
- Praten
- Op tijd verwijzen, raad geven
- De juiste diagnose stellen

10) **Andere opmerkingen?**

Deze vraag werd quasi altijd open gelaten. Eén patiënt vermeldde volgend antwoord: 'Sommige kinesitherapeuten werken commercieel gericht en het is aan de patiënt om te zoeken naar iemand die ons echt helpt.

5.2 Interventie

Als interventie werd een telefonisch contact gedaan met de kinesitherapeut bij patiënten die werden doorverwezen naar de kinesitherapeut voor musculoskeletale problematiek. Dit telefonisch contact werd gedaan terwijl de patiënt nog in de consultatieruimte aanwezig was om de rechtstreekse communicatie met de kinesitherapeut duidelijk te maken. Tijdens het telefonisch consult werd de diagnose medegedeeld en relevante voorgeschiedenis en/of onderzoeken werden meegegeven. Dit alles gebeurde in overeenstemming met de patiënt. We gingen patiënten bewust doorsturen naar de kinesitherapeuten waar we frequent mee samenwerkten en waar we het rondetafelgesprek mee zouden voeren. Indien de patiënt toch een voorkeur aanhaalde voor een andere kinesitherapeut werd hier het telefonisch contact mee gedaan. Indien het telefonisch contact, om welke reden dan ook, niet kon plaatsvinden werd er geen vragenlijst meegegeven. Indien enkel een collega-kinesitherapeut aan de lijn kon komen werd ook hier geen vragenlijst meegegeven. We wouden zo enkel rechtstreekse communicatie creëren.

5.3 Nameting

5.3.1 Inleiding

Een telefonisch contact met de kinesitherapeut zorgt voor een rechtstreekse communicatie met de kinesitherapeut. We kozen voor een telefonisch contact omdat rechtstreeks overleg met kinesitherapeut, volgens de literatuur, kan zorgen voor een betere begeleiding van patiënt en betere outcome [8]. Doordat we rechtstreeks overleggen met de kinesitherapeut proberen we een betere samenwerking te krijgen. Door daarna dezelfde vragenlijst mee te geven als in de voormeting konden we een beeld krijgen van de perceptie van patiënten op de samenwerking na een interventie.

5.3.2 Methode

De interventie en nameting werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk in Berlaar in november 2014 en januari 2015. We rekenden hiervoor 3 maanden uit, en dus 1 maand langer dan de voormeting, omdat er een bereikbaarheid van de kinesitherapeut nodig was.

Na het telefonisch contact gingen we dezelfde vragenlijst meegeven als in de voormeting. Er werden eveneens dezelfde instructies meegegeven als in de voormeting.

Er werd gerekend om ongeveer hetzelfde aantal vragenlijsten te kunnen meegeven als in de voormeting.

Nadat we de vragenlijsten teruggekregen hadden werden deze verwerkt in Excel. Per vraag vergeleken we de resultaten van de voormeting met die van de nameting om het effect van onze interventie te bepalen. We gingen dit doen door middel van een statistische analyse. We gingen de Oddsratio berekenen via een 2x2 tabel waarbij de meest positieve score vergeleken werd met de 4 negatievere scores. Antwoorden werden vergeleken door middel van de Fisher exacte toets waarbij een p-waarde < 0,05 aanzien werd als significant. We deden deze test, en niet de chi-kwadraattest, omdat er vrij kleine aantallen patiënten waren.

Demografische gegevens van patiënten (leeftijd, geslacht, musculoskeletale problematiek) werden nadien handmatig opgezocht in het patiëntendossier.

Ook deze gegevens werden aan een statistische analyse onderworpen. We wouden nagaan of er statistisch significante verschillen waren tussen geslacht, leeftijd en musculoskeletale problematiek.

5.3.3 Resultaten

Demografische gegevens

In tabel 3 zien we de demografische gegevens van de nameting.

Bij de verdeling van de leeftijden zagen we dat het grootste aandeel in de categorie 40-50j en 50-60j te vinden was. De andere categorieën waren redelijk gelijkmatig verdeeld. De

gemiddelde leeftijd lag op 46,9 jaar. Bij de verdeling van het geslacht zagen we overwegend vrouwen. De musculoskeletale problematiek die het meeste voorkwam was rugproblematiek. Toch was er eerder een gelijkmatige verdeling over de verschillende pathologie.

	Aantal patiënten
Leeftijd	
10-20j	2
20-30j	1
30-40j	3
40-50j	12
50-60j	9
60-70j	4
70+	0
Geslacht	
M	11
V	20
Problematiek	
Rug	11
Hals	6
Onderste Ledematen	6
Bovenste Ledematen	8

Tabel 3: demografische gegevens nameting

Vragenlijsten

Van de 42 vragenlijsten die er werden meegegeven werden er 31 teruggebracht. In tabel 1, waarin ook de resultaten van de voormeting aanwezig zijn, zien we alle resultaten van de nameting.

1) **Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw kinesitherapeut in het kader van uw spier- en gewrichtsklachten?**

   We zien dat de overgrote meerderheid (n=26) vinden dat ze zeer goed tot goed begeleid worden door hun kinesitherapeut.

2) **Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw huisarts in het kader van uw spier- en gewrichtsklachten?**

Er wordt aangetoond dat de meerderheid (n=22) een zeer goede tot goede begeleiding van huisarts ervaart. Slechts 1 patiënt ervaart een slechte begeleiding door de huisarts.

3) **Hoe ervaart u de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?**

De tabel toont ons dat 18 patiënten vinden dat de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut niet beter kan. Slechts 1 patiënt helt over naar de negatieve kan en vindt de samenwerking eerder slecht.

4) **Vindt u dat uw huisarts en uw kinesitherapeut op dezelfde golflengte zitten?**

Ongeveer de helft van de patiënten (n=16) vindt dat huisarts en kinesitherapeut volledig op dezelfde golflengte zitten. Een kleine minderheid (n=2) vindt dat kinesitherapeut en huisarts eerder niet op dezelfde golflengte zitten.

5) **Is er soms kritiek aanwezig van de huisarts op het beleid van de kinesitherapeut?**

De overgrote meerderheid vindt dat er nooit of bijna nooit (n=27) kritiek aanwezig is van de huisarts op de kinesitherapeut . 1 patiënt vindt dat er bijna altijd kritiek aanwezig van de huisarts op het beleid van de kinesitherapeut.

6) **Is er soms kritiek aanwezig van de kinesitherapeut op het beleid van de huisarts?**

We zien dat 20 van de 31 patiënten beweren dat er nooit kritiek aanwezig is van de kinesitherapeut op het beleid van de huisarts. 7 patiënten zeggen dat dit quasi nooit gebeurt. Geen enkele van de patiënten vindt dat er altijd of bijna altijd kritiek aanwezig is van hun kinesitherapeut.

7) Geeft uw huisarts raad bij verwijzing naar welke kinesitherapeut u best gaat?

We merken dat bijna alle patiënten vinden dat hun huisarts altijd of bijna altijd raad geeft naar welke kinesitherapeut ze moeten gaan (n=19). 1 patiënt heeft geen uitgesproken mening en 1 patiënt vindt dat zijn huisarts nooit raad geeft naar welke kinesitherapeut hij/zij moet gaan.

8) Hoe ervaart u in het algemeen uw revalidatieproces?

De tabel toont ons dat het revalidatieproces over het algemeen goed tot zeer goed ervaren wordt (n=24). 6 patiënten vinden hun revalidatieproces middelmatig terwijl 1 patiënt zijn revalidatieproces eerder slecht ervaart.

9) Wat is de rol van de huisarts in uw revalidatieproces?

Dit was wederom een open vraag. Wat deze keer opvallend was, was dat het antwoord 'begeleiding in mijn revalidatieproces' opvallend vaak terugkwam (9x).
Andere dingen die eveneens voorkwamen, waren:

- Voorschrijven van medicatie
- Verwijzing naar welke kinesitherapeut
- Opvolging
- Gesprek bij moeilijkheden

10)Andere opmerkingen?

Deze werden niet gegeven.

6. Statistiek

De statistiek die we uitvoerden was de berekening van de Odds ratio en de berekening van de Fisher exacte toets. De resultaten zie je in onderstaande tabel (tabel 4). Statistische significante resultaten werden gezien bij vraag 3,4 en 7(p-waarde <0,05). Er werd dus een statistisch significant verschillen gezien tussen de scores van voor- en nameting bij de vragen

'Hoe ervaart u de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut?', 'Vindt u dat uw huisarts en uw kinesitherapeut op dezelfde golflengte zitten?' , 'Geeft uw huisarts raad bij verwijzing naar welke kinesitherapeut u best gaat?' .

Voor alle andere vragen kon er geen statistisch significant verschil aangetoond worden (p>0,05).

	Score	VOOR	NA	Odds ratio en 95% betrouwheidsinterval / p-waarde
Vraag 1	1 -> 4	19	15	Odds ratio = 2,02 (0,634 -6,575)
	5	10	16	p = 0,203
Vraag 2	1 -> 4	22	18	Odds ratio = 2,27 (0,658 -8,019)
	5	7	13	p = 0,177
Vraag 3	1 -> 4	21	13	Odds ratio = 3,64 (1,088- 12,506)
	5	8	18	p=0,021
Vraag 4	1 -> 4	24	15	Odds ratio = 5,120 (1,363-20,311)
	5	5	16	p=0,007
Vraag 5	1	13	19	Odds ratio = 0,513 (0,161 - 1,620)
	4 - > 5	16	12	p=0,300
Vraag 6	1	11	20	Odds ratio = 0,336 (0,102 - 1,086)
	4 -> 5	18	11	p=0,070
Vraag 7	1 -> 4	25	12	Odds ratio= 9,896 (2,407 - 44,347)
	5	4	19	p = 0,000
Vraag 8	1 -> 4	20	16	Odds ratio = 2,083 (0,641 - 6,887)
	5	9	15	p=0,197

Tabel 4: Kruistabel die een vergelijking maakt tussen de meest positieve en de 4 negatieve scores van voor- en nameting. Berekening Odds ratio en Fisher exacte toets werd gedaan en p-waarde < 0,05 werd als statistisch significant gezien.

Ook zagen we dat er geen statistisch significant verschil was (p>0,05) tussen demografische gegevens in voor- en nameting (tabel 5).

		VOOR	NA	Odds ratio en 95% betrouwheidsinterval /p-waarde
Geslacht	Man	13	11	Odds ratio = 1,477 (0,462-4,758)
	Vrouw	16	20	p=0,599
Pathologie	Rug	14	11	Odds ratio = 1,697 (0,533-5,495)
	Ander	15	20	p=0,433
Leeftijd	<50jaar	24	18	Odds ratio = 3,467 (0,916-13,766)
	>50jaar	5	13	p=0,05

Tabel 5: Kruistabel die een vergelijking maakt tussen de demografische gegevens van voor- en nameting. Berekening Odds ratio en Fisher exacte toets werd gedaan en p-waarde < 0,05 werd als statistisch significant gezien.

7. Rondetafelgesprek

7.1 Inleiding

Na de nameting ging ik een rondetafelgesprek organiseren voor het bespreken van de resultaten van de vragenlijsten van de patiënten en mijn bevindingen van de literatuur te toetsen aan de mening van de kinesitherapeuten. Ik vond het meest zinvol dit te doen op het einde van mijn Masterproef om zo het beste mijn bevindingen van literatuur en interventie-onderzoek te toetsen aan de mening van de kinesitherapeuten. Doel was ook om de communicatie te bevorderen en samen te zitten met de kinesitherapeuten zodat na het gesprek de rechtstreekse communicatie laagdrempelig kan verlopen en sneller en gemakkelijk contact kan worden gezocht.

7.2 Methode

Via mail werd contact gezocht met verschillende kinesitherapeuten uit de regio waar ik vaak telefonisch contact mee had gehad. Ik peilde naar de interesse in een rondetafelgesprek. Ik zocht vooral met de kiné-groepspraktijken contact om zo meteen meer kinesitherapeuten tegelijkertijd te kunnen aanspreken. Ik legde contact met 4 groepspraktijken. 3 groepspraktijken reageerden positief en waren bereid meewerken met het rondetafelgesprek. Ik vroeg aan de 2 collega's in mijn huisartsenpraktijk om eveneens deel te nemen aan het rondetafelgesprek.
Op voorhand maakte ik een lijst met onderwerpen ter voorbereiding van het rondetafelgesprek (Bijlage 3). Deze lijst met onderwerpen werd opgesteld na het literatuuronderzoek om de kinesitherapeuten zo te confronteren
Ook werden de resultaten van de reeds bekende voormeting meegenomen om te bespreken met de kinesitherapeuten. Ook de interventie zou besproken worden. Nog niet alle vragenlijsten van de nameting waren binnen dus deze werd niet besproken in het rondetafelgesprek.
Het rondetafelgesprek vond plaats in februari 2015 in de eigen huisartsenpraktijk in Berlaar.

Het gesprek werd via iPad opgenomen om zo het gesprek nadien goed te kunnen uitschrijven en te analyseren

7.3 Resultaten

3 van de 4 gestuurde mails werden positief beantwoord. Van de 3 groepspraktijken waren respectievelijk 2,2,5 kinesitherapeuten aanwezig.

Kinesitherapeuten vonden het rondetafelgesprek over het algemeen een goed initiatief.
Er werden verschillende redenen gegeven waarom kinesitherapeuten op de uitnodiging zijn ingegaan:

- Leren kennen van de huisarts (‘Gezichtsherkenning’)
- Collega’s ontmoeten
- Interesse in de Masterproef
- Verbetering van samenwerking -> Verlaging drempel?

Verschillende vragen die aan bod kwamen worden hieronder besproken.

1) *Hoe gebeurt verwijzing? Hoe was rechtstreeks telefonisch contact?*

Meestal via voorschrift. Mondelinge verwijzing gebeurt zelden. Kinesitherapeutische voorschriften veroorzaken meestal weinig problemen. Het belangrijkste voor de kinesitherapeuten is de diagnose en gedane onderzoeken vermelden. De frequentie van behandeling is hier zeker van ondergeschikt belang voor de kinesitherapeuten. Wat er zeker bij de verwijzing meegegeven mag worden zijn de resultaten van medische beeldvorming.

Hierna werd meteen overgeschakeld naar de telefonische verwijzing. Kinesitherapeuten ervoeren dit over het algemeen als zeer positief. Toch vermeldden ze dat dit niet meteen altijd nodig is. Enkel bij moeilijkere diagnose, belangrijke voorgeschiedenis en/of zeer specifieke behandeling is een telefonische verwijzing een positieve meerwaarde.

Door de kinesitherapeuten werd ook aangegeven dat telefonisch contact sterk persoonsgebonden is.

2) *Wanneer verwijzen?*

Kinesitherapeuten haalden hier enkel het punt aan van sneller postoperatief te verwijzen omdat dit vaak (te) laat gebeurt. Er waren weinig kinesitherapeuten die foute/onnodige verwijzingen kregen van huisartsen.

3) *Naar wie verwijzen? Subspecialisatie belangrijk?*

Hier werd het voordeel van de groepspraktijken aangehaald. Indien je een patiënt voor een bepaalde therapie (bv. Manuele therapie) naar een bepaalde groepspraktijk stuurt zal de groepspraktijk beslissen dat de patiënt bij de juiste kinesitherapeut met de desbetreffende subspecialisatie terechtkomt.

4) *Feedback van kinesitherapeuten nodig?*

Kinesitherapeuten zijn zeker bereid om feedback te geven. Ze halen wel aan dat ze van bepaalde huisartsen de commentaar kregen dat deze al 'genoeg administratieve papieren' hadden en dat een kinesitherapeutische feedback niet hoefde. Toch werd er door de huisartsen aanwezig aangegeven dat deze graag feedback ontvangen. Kinesitherapeuten zijn bereid deze feedback te geven. Sommige kinesitherapeuten verkiezen een simpel telefoontje, anderen via mail. In de toekomst via e-Health zou dit ook veel makkelijker moeten gaan en rechtstreeks in het medisch dossier van de huisarts moeten terechtkomen.

5) *Frustratie?*

Een frustratie die bij huisartsen leefde was dat de kinesitherapeut soms de patiënt naar de huisarts terugstuurde met de stelling dat de patiënt een verder onderzoek nodig had (RX, scan,..). Hier zouden huisartsen graag een kort telefonisch overleg gezien hebben van de kinesitherapeut uit.

Een frustratie bij de kinesitherapeut was dat sommige huisartsen moeilijk bereikbaar zijn. Door de kinesitherapeuten werd aangegeven dat telefonisch contact sterk persoonsgebonden is. Sommige artsen zijn veel makkelijker bereikbaar en toegankelijker. Een belangrijk punt dat hierbij werd aangehaald was dat dit bij jongere artsen gemakkelijker gaat.

6) *Opvolging bij huisarts?*

Volgens kinesitherapeuten is opvolging niet steeds noodzakelijk. Enkel indien er problemen zijn met revalidatie en/of behandeling niet optimaal verloopt is een herverwijzing naar de huisarts noodzakelijk.

7) *Andere opmerkingen?*

Kinesitherapeuten vermeldden dat het af en toe samenzitten met huisartsen, zoals het rondetafelgesprek, een grote meerwaarde kan zijn in de samenwerking. Nu was dit in het kader van een ManaMa thesis maar volgens de kinesitherapeuten kan dit in de toekomst voor andere doeleinden interessant zijn. Het verlaagt de drempel tot toekomstige communicatie.
Zo werd er geopperd kinesitherapeuten eens op een LOK te laten bijschuiven aan de tafel, niet systematisch maar eenmalig.

8. Discussie

8.1 Opzet studie

Met onze vragenlijst hebben we onze bedenkingen uit de literatuur, namelijk de povere samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut, kunnen toetsen aan de mening van de centrale persoon, namelijk de patiënt. We kwamen hierbij aan een totaal van 29 respondenten op 40 patiënten in een voormeting en 31 op 41 patiënten in de nameting.

De informatiebias werd heel laag gehouden door de vragen zeer gemakkelijk op te stellen. Een 5-punt Likert-schaal werd gebruikt om naast de uitersten een 3-score te kunnen geven voor patiënten die niet zeker waren van hun antwoord. Aangezien we weinig opmerkingen kregen (zowel mondeling als schriftelijk in de open vraag op de vragenlijst) denk ik dat de vragen en de gegeven informatie duidelijk genoeg was voor de meeste patiënten.

Om de selectiebias zo klein mogelijk te houden werd de vragenlijst door 3 huisartsen meegegeven waardoor een grotere variatie van patiënten werd bereikt. De vragenlijst werd wel enkel bij patiënten met musculoskeletale problematiek meegegeven waardoor deze populatie niet representatief is voor alle patiënten die naar de kinesitherapeut worden doorgestuurd.

8.2 Resultatenbespreking

Als we de resultaten overlopen zien we dat de meeste patiënten zich goed tot zeer goed begeleid voelen door hun huisarts en kinesitherapeut. Toch zien we een shift in de nameting van goed naar zeer goed.

Als we de belangrijke vraag bekijken hoe patiënten de samenwerking zien tussen huisarts en kinesitherapeut dan zien we dat dit in de voormeting een meerderheid van de patiënten de samenwerking als middelmatig beschouwt. In de nameting is er een duidelijke shift naar een een perceptie van een zeer goede samenwerking. Deze shift is ook statistisch significant gebleken ($p<0,05$).

Ook werd er in de nameting meer positief geantwoord op de vraag of huisarts en kinesitherapeut op dezelfde golflengte zitten. In de voormeting gaven patiënten de antwoorden absoluut wel en wel beduidend minder aan dan in de nameting. Ook deze vraag was statistisch significant ($p<0,05$). Ook bij het geven van de kritiek op de huisarts door de kinesitherapeut en op de kinesitherapeut door de huisarts zagen we duidelijke verschillen. Dit verschil kan zeker liggen aan het feit dat huisarts en kinesitherapeut telefonisch hun beleid reeds op elkaar hebben afgestemd. Toch was hier enkel een positieve trend te zien en was hier geen statistisch significant verschil ($p>0,05$).
Dat er een verschil is bij de vraag naar welke kinesitherapeut de huisarts verwijst was wel te verwachten aangezien we in de nameting ook effectief een kinesitherapeut hebben aangeraden terwijl dit in de voormeting niet het geval was.

Als we dan nog bekijken hoe patiënten hun revalidatieproces beschouwen zien we geen grote verschillen. De mening van de patiënten is hier in dezelfde mate verdeeld in voor- en nameting.

Bij de open vragen zien we ook een duidelijk verschil in antwoorden. Daar we bij de voormeting nog een scala aan antwoorden krijgen staat het antwoord ‘begeleiding’ met stip bovenaan gemarkeerd tijdens de nameting.

Bij de demografische gegevens is er geen statistisch significant verschil te zien ($p<0,05$) wat goed is voor het onderzoek.

We kunnen er evenwel niet uit opmaken of een telefonisch contact ook effectief de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut verbeterd. Uit het rondetafelgesprek hebben we ook geleerd dat een telefonisch contact niet steeds een meerwaarde is voor de samenwerking.

Procentueel gezien ervaart de patiënt dus een betere samenwerking in de nameting maar dit kan zeker te maken hebben met het feit dat de patiënt tijdens het telefonisch consult aanwezig was in de consultatieruimte en een duidelijke communicatie 'zag' tussen huisarts en kinesitherapeut.

We zien ook niet dat een telefonisch consult een grote meerwaarde is in de perceptie van patiënten hun revalidatieprocessen, wat nog altijd het belangrijkste is voor de meeste patiënten. Kosteneffectiviteit van deze interventie is daarom redelijk hoog.

Wat we opmaakten uit het rondetafelgesprek is dat er toch nog wat verbeterpunten zijn in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Thema's uit de literatuur die aangehaald werden tijdens het rondetafelgesprek bleken meestal te kloppen.

Wat we wel zagen na het rondetafelgesprek was dat de drempel voor communicatie veel lager was geworden en dat er meer telefonisch overleg was tussen huisarts en kinesitherapeut. Het feit van de gezichtsherkenning en even met elkaar gepraat te hebben zorgde voor een duidelijk lagere drempel tot samenwerking. Dit is iets waar zeker over nagedacht kan worden in de toekomst om tot een betere samenwerking te komen.

Het rondetafelgesprek was achteraf gezien dus een hele goede interventie en goede stap richting betere samenwerking.

8.3 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

8.3.1 Sterktes

Een sterk punt van de studie is dat er verschillende patiënten aan de voor-en nameting deelnamen. Dit waren dus 2 onafhankelijke populaties.

Een andere sterke van het onderzoek was dat er een redelijk lage informatiebias was en een lage selectiebias (zie hierboven).

Er was maar een klein verschil in demografische gegevens tussen voor en nameting dus hier was eveneens lage selectiebias.

8.3.2 Zwaktes

We gingen vrij kleine populaties bevragen. Daardoor is het moeilijk om de relevantie van het verschil tussen voor- en nameting te bepalen. Door de kleine populatie is het moeilijk om deze resultaten te extrapoleren naar de volledige Vlaamse populatie.

Het onderzoek werd ook uitgevoerd in 1 huisartsenpraktijk in Berlaar wat de resultaten kan vertekenen. Berlaar is een landelijke omgeving, wat dus niet kan vergeleken worden met een stedelijke groep patiënten. De beperkte onderzochte studiepopulatie kwam niet in aanmerking voor een statistische analyse waardoor we niet kunnen spreken over significante resultaten.
We gingen enkel patiënten met musculoskeletale problematiek bevragen waardoor onze resultaten enkel representatief zijn voor deze patiënten en dus niet voor andere pathologie waarmee een huisarts samenwerkt met de kinesitherapeut.
Ik hield geen rekening met de complexiteit van sommige revalidatieprocessen. Patiënten kunnen hun revalidatieproces ook als 'slecht' aanvoelen door hun complexe pathologie in plaats van door slechte communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut. De 3 huisartsen die deelnamen aan het onderzoek probeerden te bellen (dus een interventie te doen) met kinesitherapeuten wanneer ze eraan dachten. Hierbij kan men de vraag stellen of er natuurlijk niet sneller gebeld wordt (en men er ook meer aan denkt) bij complexe pathologie. De vragenlijst werd in de meeste gevallen persoonlijk overhandigd aan de huisarts waardoor een deel van de anonimiteit verloren gaat. Patiënten zouden zo geneigd kunnen zijn tot positievere antwoorden dan een volledige anonieme vragenlijst (bv online vragenlijst). Een andere zwakte is dat de intention to treat in de nameting groter is dan de werkelijke geïncludeerde patiënten. Wanneer bijvoorbeeld geen contact kan gemaakt worden met de kinesitherapeut vallen deze patiënten uit de boot en krijgen ze ook geen vragenlijsten mee. De resultaten zijn dus mogelijk een overschatting.

8.4 Link met recente literatuur

In een interessante recentere Masterproef werd de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut beschreven[8]. Eerst werd een literatuuronderzoek gedaan. Daarna werd

een gestructureerde vragenlijst opgesteld met het oog op het verzamelen van mate van voorkennis over E-gezondheid, en verschillende visies omtrent de gevonden informatie over communicatie. Na de vragenlijst, die werd afgenomen bij huisartsen en kinesitherapeuten, werd er besloten dat er onvoldoende wordt gecommuniceerd. Hoewel men voldoende communicatiemogelijkheden kende, werd dit tot op dat moment onvoldoende ingevuld en dit zowel voor huisarts als voor kinesitherapeut. In de opmerkingen werd wel aangehaald dat de multidisciplinaire praktijken hierop een uitzondering vormen, zij zijn globaal tevreden over de huidige communicatie. Ook werd er nagevraagd of men toegang heeft tot elektronische communicatiemiddelen zoals bv. Medibridge, Hector, eHealthbox,… . Hier zag men een duidelijke polarisatie tussen beide beroepsgroepen. Huisartsen hebben hier massaal toegang toe terwijl dit slechts zo is voor een kleine minderheid van de kinesitherapeuten. Nochtans werd er bij beide partijen graag een verdere uitbouw gezien van deze middelen. Ook werd een gebrek aan voorkennis van de arts inzake het kinesitherapeutisch beroep duidelijk teruggevonden. Zowel huisartsen als kinesitherapeuten zijn het erover eens dat de voorkennis tot op heden onvoldoende is. Er werd bovendien bevraging gedaan naar E-health en haar toepassingen. De huisartsen bleken E-Health het best te kennen. Ook ¼ van de patiënten is geïnformeerd.
Eén van de projecten van E-health is Recip-e waarbij ook het kinesitherapeutisch voorschrift verwerkt zal worden. Men ging in deze Masterproef dan ook peilen of huisartsen en kinesitherapeuten hier klaar voor waren. De resultaten van deze beroepsgroepen lagen in één lijn met iets meer dan de helft als voorstander en slechts 20-25% waarbij dit niet de voorkeur geniet.
Een laatste belangrijk punt uit deze Masterproef was de vraag of artsen voldoende informatie meegaven naar de kinesitherapeut? Volgens de meerderheid van de kinesitherapeuten was dit niet het geval en bij de huisarts heerste er verdeeldheid. Ook moet er volgens 88% van de kinesitherapeuten toegang worden gekregen tot relevante voorgeschiedenis. Bij de huisartsen is dit 78%. Toegang tot relevante medische beeldvorming is volgens beide beroepsgroepen zeker een vereiste.

We kunnen hieraan koppelen dat ik in mijn eigen Masterproef heb geprobeerd om een eerste stap te zetten in de verbetering van communicatie tussen huisartsen kinesitherapeut en dit door middel van een telefonisch overleg.

8.5 Suggesties voor verder onderzoek

De interventie die ik gedaan heb zou nog verder onderzocht kunnen worden maar dan met een grotere populatie over een langere periode. Dit is nodig om statistisch significante resultaten te kunnen verkrijgen voor klinisch relevante verschillen. Ook kan men eventueel kiezen voor een andere interventie die aanleunt bij een aspect van interprofessionele samenwerking. Het samenbrengen van huisartsen en kinesitherapeuten kan ook een onderdeel van een effectieve interventie vormen.

8.6 Betekenis voor de praktijk

De telefonisch interventie kan in beperkte gevallen nuttig zijn voor alle partijen. Bij moeilijkheden in het proces tot genezing van de patiënt bestaat de kans dat een telefonische interventie tussen huisarts en kinesitherapeut

Een rondetafelgesprek is vooral achteraf zeer nuttig gebleken. Vooral het feit dat kinesitherapeuten en huisartsen eenmalig hebben samen gezeten zorgt voor een lagere drempel tot communicatie. Dit kan ook een goede stap zijn richting een betere interprofessionele samenwerking.

8.7 Conclusie

We kunnen hieruit opmaken dat er een tendens merkbaar is richting een betere samenwerking volgens de patiënt. De vraag die we ons hierbij kunnen stellen is hoe de patiënt het begrip samenwerking definieert. We kunnen besluiten dat een telefonische interventie nuttig kan zijn in geselecteerde gevallen.

Het interventie-onderzoek was zeer leerrijk en nuttig om te doen. Ik heb kunnen concluderen dat mijn persoonlijke communicatie en samenwerking met de kinesitherapeuten uit de directe omgeving alvast verbeterd is.

9. Referenties

1. Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg.
2. Vinicor F. Interdisciplinary and intersectional approach: A challenge for integrated care. Patient Educ Couns; 1995; 26: 267-72.
3. Choi B, Pak A: Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. Clin Invest Med; 2006; 29(6): 351-64.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Reviewing the evidence base in effective interprofessional education. Oxford: Blackwell; 2005; 40-57.
5. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev; 2008; 23(1).
6. Scaffardi RA. : Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. Br J Gen Pract 1989; 39: 375-6.
7. Charlier K, Aertgeerts B. De Communicatie tussen de huisarts en de kinesitherapeut. Masterproef. ICHO;2009.
8. Wouters K, Goedhuys J, Németh T. Het kinesitherapeutisch voorschrift als communicatiemiddel tussen artsen en kinesitherapeuten: Hoe kan het beter? Een pilot study. ICHO; 2013.
9. Johann S, Aertgeerts B, Van de Velde S.: Verbetering van communicatie tussen kinesitherapauten en huisarts. ICHO; 2014.
10. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? Br J Gen Pract; 1997; 47: 314-8.
11. Werkman SL, van Wilgen CP. : Cooperation between general practitioners and physiotherapists in patients with chronic pain: an inventory [Dutch]. Nederlands Tijdschr Fysiother 2007; 117: 142-6.
12. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions – a qualitative study. Famy Pract 2003: 20: 578-82.
13. Paz-Lourido B, Kuisma RM. : General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. J Interprof Care 2013; 24: 254-60

10.Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst patiënten 1e lijn.

Titel:

PATIËNTGERICHTE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN KINESITHERAPEUT? BESCHRIJVING VANUIT VERSCHILLENDE STANDPUNTEN EN INTERVENTIEONDERZOEK MET VOOR- EN NAMETING.

Beste proefpersoon,

Uw huisarts heeft u gevraagd of u mee wil doen aan een wetenschappelijk onderzoek over de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Daar u hier positief op antwoordde kreeg u onderstaande vragenlijst om in te vullen.
Zou u zo vriendelijk willen zijn om deze korte vragenlijst in te vullen en mee te brengen tijdens uw volgende consultatie bij uw huisarts. Indien u in de nabije toekomst niet meteen een consultatie heeft bij uw huisarts dan wil ik u vriendelijk vragen de vragenlijst voor 15 augustus 2014 binnen te brengen.

U hoeft uw naam op de vragenlijst niet te vermelden. U mag de vragenlijst in bijgevoegde enveloppe binnenbrengen.

Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw kinesitherapeut in kader van uw spier- en gewrichtsklachten?

(1=zeer slecht → 5= zeer goed)

1 2 3 4 5

Vindt u dat u goed begeleid wordt door uw huisarts in het kader van uw spier- een gewrichtsklachten?

(1=zeer slecht → 5= zeer goed)

1 2 3 4 5

Hoe ervaart u de samenwerking tussen kinesitherapeut en huisarts?

(1= zeer slecht → 5=zeer goed)

1 2 3 4 5

Vindt u dat uw kinesitherapeut en huisarts op dezelfde golflengte zitten?

(1= zeker niet → 5=zeker wel)

1 2 3 4 5

Is er soms kritiek aanwezig van de huisarts op het beleid van de kinesitherapeut?

(1=nooit → 5= altijd)

1 2 3 4 5

Is er soms kritiek aanwezig van de kinesitherapeut op het beleid van de huisarts?

(1=nooit → 5= altijd)

1 2 3 4 5

Geeft uw huisarts raad bij een verwijzing naar welke kinesitherapeut u best gaat?
(1=nooit → 5= altijd)
1 2 3 4 5

Hoe ervaart u in het algemeen uw revalidatieproces?

(1= zeer slecht → 5=zeer goed)

1 2 3 4 5

Wat is de rol van uw huisarts in dit revalidatieproces?

……
……
……

Heeft u nog opmerkingen in verband met de samenwerking tussen uw huisarts en uw kinesitherapeut?

……
……
……
……

Hartelijk voor het invullen van deze vragenlijst. Vergeet niet om uw antwoorden terug te bezorgen.

Bijlage 2: Informatieformulier + Informed Consent

Informatieformulier

Onderzoek: PATIËNTGERICHTE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN KINESITHERAPEUT? BESCHRIJVING VANUIT VERSCHILLENDE STANDPUNTEN EN INTERVENTIEONDERZOEK MET VOOR- EN NAMETING

Verantwoordelijke onderzoeker: POTOMS REINER

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om na te gaan wat er kan verbeterd worden in de samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut. Daarom is het belangrijk om patiëntgericht na te gaan wat er kan verbeterd worden. Dit alles zal gebeuren met gestructureerde vragenlijsten bij proefpersonen met musculoskeletale problematiek.

Waarom ben ik uitgekozen?

U vertoont symptomen die doen vermoeden dat u last heeft van spier- en/of gewrichtspijnen.

Wat wordt er van u verwacht?

Er wordt van u verwacht minimum 1 en maximum 2 vragenlijsten in te vullen. Er wordt nadrukkelijk gevraagd om de vragenlijst pas in te vullen nadat u minstens 2 kinesitherapie sessies achter de rug heeft.

Heeft dit onderzoek voor- en/of nadelen?

Het klinisch voordeel kan er zijn daar u meewerkt aan een meer gestructureerde samenwerking tussen arts en kinesitherapeut. Voor de toekomst kan het onderzoek ook nuttige gegevens opleveren.

Een voordeel is dat medewerking aan deze studie tijdswinst kan opleveren in uw revalidatieproces.

Het grootste nadeel van deelnemen is de tijd die het invullen van de vragenlijst met zich meebrengt.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u patiënt bent, krijgt u gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. Op elk moment kan er met de studie gestopt worden.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Ze worden eveneens bijgehouden want misschien kunnen we daar later een ander onderzoek mee uitvoeren. Als u dat niet wilt, respecteren wij dat natuurlijk.

Handtekening: Datum : __ / __ / __

Toestemmingsformulier

Titel onderzoek: PATIËNTGERICHTE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN KINESITHERAPEUT? BESCHRIJVING VANUIT VERSCHILLENDE STANDPUNTEN EN INTERVENTIEONDERZOEK MET VOOR- EN NAMETING

Verantwoordelijke onderzoeker: POTOMS REINER

In te vullen door de proefpersoon

Hierbij bevestig ik dat ik het informatieformulier voor de patiënt (versie 1.4 / Datum: 31/03/2014), behorende bij het hierboven genoemde onderzoek, heb gelezen en begrijp, en tevens de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Door ondertekening van dit formulier stem ik in met deelname aan het hierboven beschreven onderzoek.

Naam deelnemer: ……..

Datum: ……Handtekening proefpersoon: …….

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ……

Bijlage 3: thema's rondetafelgesprek

Samenwerking huisarts <-> kinesitherapeut

- Hoe gebeurt de verwijzing?
    - Wat moet er allemaal op verwijsbrief staan?
- Wanneer (niet) verwijzen?
- Naar wie verwijzen? (subspecialisatie belangrijk?)
    - Waarom verwijs je naar bepaald iemand? Naar bepaalde praktijk?
- Feedback van kinesitherapeut nodig?
- Frustraties?
- Rechtstreeks communicatie met kinesitherapeut noodzakelijk?
- Hoe wordt de patiënt betrokken?
- Opvolging bij huisarts? Hoe verloopt opvolging?
- Hoe ging het telefoongesprek?
    - Voordelen?
    - Nadelen?
    - Altijd nodig?