

2014•2015
FACULTEIT GENEESKUNDE EN LEVENSWETENSCHAPPEN
*master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie*

Masterproef

Kwalitatief onderzoek naar de visie en ervaringen van geneesheren omtrent
de competenties van kinesitherapeuten

Promotor :
Prof. dr. Raf MEESEN

Copromotor :
Dhr. LUC VERMEEREN
Dhr. TIM NEMETH

Marga Antonis , Jeroen Bessemans

*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen
en de kinesitherapie*

2014•2015
FACULTEIT GENEESKUNDE EN
LEVENSWETENSCHAPPEN
*master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie*

Masterproef

Kwalitatief onderzoek naar de visie en ervaringen van
geneesheren omtrent de competenties van
kinesitherapeuten

Promotor :
Prof. dr. Raf MEESEN

Copromotor :
Dhr. LUC VERMEEREN
Dhr. TIM NEMETH

Marga Antonis , Jeroen Bessemans

*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen
en de kinesitherapie*

“Kwalitatief onderzoek naar de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten.”

WOORD VOORAF

Bij de uitvoering van dit kwalitatief onderzoek met als titel: “Kwalitatief onderzoek naar de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten” mochten wij van belangrijke ondersteuning en hulp genieten.

Wij willen hierbij onze promotor Prof. dr. Meesen R. bedanken voor de richtlijnen en hulp die hij ons aanbod, alsook diens optreden als notulist bij de uitvoering van het focus-interview.

Verder willen we dr. Calsius J. bedanken voor diens rol als interviewer tijdens het focus-interview en alle participanten want zonder hun deelname was de realisatie van dit onderzoek niet mogelijk. Alsook willen we Ritzen Jurgen en het studiecentrum Axxon bedanken voor hun hulp bij de uitvoering van het onderzoek.

Kwadeplasstraat 38 Neerlinter, 10 juni 2015

M.A.

Vinnestraat 16 Zoutleeuw, 10 juni 2015

J.B.

SITUERING

Uit literatuurstudie “*Directe toegang tot de kinesitherapie: Wat is er hieromtrent geweten op mondiaal vlak? Literatuurstudie en onderzoeksprotocol*” blijkt dat er heel wat aspecten omtrent directe toegang tot de kinesitherapie (DTK) naar voor worden gebracht, nl. de patiënten (met elk hun pathologie) die gebruik maken van DTK, vaardigheden die een kinesitherapeut moet bezitten, voor- en nadelen omtrent DTK, visies van patiënten, medisch specialisten en kinesitherapeuten omtrent DTK, enz. Daar er toch enige onenigheid is betreffende het onderwerp DTK richten we ons, in dit kwalitatief onderzoek, op de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten. Vijf deelnemende geneesheren waaronder één orthopedisch chirurg, twee fysisch geneesheren, één huisarts en één studente geneeskunde werden samengebracht in een focus-interview onder leiding van dr. Calsius J. Ook Prof. dr. Meesen R. nam deel aan dit interview als notulist/observator. Hij noteerde de emotionele lading van de uitspraken van de geneesheren. De bekomen resultaten zouden in de toekomst gebruikt kunnen worden bij verder onderzoek naar de potentiële implementatie van DTK.

Deze masterproef deel II, die peilt naar de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten, is een duo-masterproef van twee laatstejaars studenten, M.A. en J.B. Deze werd uitgevoerd met als doel het behalen van een masterdiploma in de revalidatiewetenschappen en kinesitherapie aan de Universiteit Hasselt. Dit onderzoek staat onder leiding van promotor Prof. dr. Meesen R. en co-promotoren Luc Vermeeren en Tim Nemeth van het studiecentrum ‘Axxon’.

Om het bekomen resultaat te bereiken werden de opdrachten verdeeld om deze tot slot samen te leggen tot één geheel. De rekrutering van de participanten en het voorbereidende werk werd gezamenlijk door beide onderzoekers uitgevoerd. De situering, in een oogopslag, de inleiding en de methode werden uitgeschreven door M.A. Het voorwoord en het interview werden uitgeschreven door J.B. Het abstract, de resultaten, de discussie en de conclusie werden door beide onderzoekers uitgeschreven. Tot slot werd de volledige masterproef door beide onderzoekers grondig nagekeken en eventueel, waar nodig, aangepast.

ARTIKEL

1 IN EEN OOGOPSLAG

Naar aanleiding van de bevonden aspecten uit de literatuurstudie naar directe toegang tot de kinesitherapie worden de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten onderzocht.

2 ABSTRACT

Naar aanleiding van de bevonden aspecten uit de literatuurstudie naar directe toegang tot de kinesitherapie is het belangrijk om de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten na te gaan. In welk opzicht beschouwt men een kinesitherapeut bekwaam en wat zijn, volgens de geneesheren, tekortkomingen van een kinesitherapeut? Hoe ziet de geneesheer de toekomstige samenwerking met een kinesitherapeut? Achten de geneesheren de kinesitherapeut bekwaam om in de eerstelijns zorg te werken? Welke voor- en nadelen verwacht men bij de mogelijkheden van directe toegang tot de kinesitherapie?

DOEL VAN DE STUDIE Wat zijn de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten?

METHODE Vijf geneesheren werden samengebracht in een focus-interview onder leiding van dr. Calsius J. De data werden verwerkt volgens de thematische analyse.

RESULTATEN De bekomen resultaten kunnen opgedeeld worden in 11 hoofdthema's met hun subthema's, nl. autonomie, respect, angst en wantrouwen, frustraties, communicatie, kennis en kunnen van kinesitherapeuten, diagnose, vertechnisering, kwaliteitsbewaking, kennis van geneesheren over kinesitherapeuten, terugbetaling en overconsumptie.

DISCUSSIE De bekomen resultaten zijn enkel representatief voor de deelnemende groep geneesheren en kunnen niet gegeneraliseerd worden.

In view of the aspects related to direct access in physiotherapy that were found during the study of literature thereabout, it is important to investigate the opinion and experience of physicians concerning the competence of physiotherapists. In which way do these physicians consider a physiotherapist able and what are, according to the physicians, the limitations of a physiotherapist? Does the physician regard the physiotherapist capable of functioning in primary care? Which benefits/disadvantages does one expect in case of direct access to physiotherapy?

PURPOSE OF THE STUDY Which are the visions and experiences of physicians concerning the competence of physiotherapists?

METHODS Five physicians were gathered in a focus-interview led by dr. Calsius J. The data were assimilated according to the thematic analysis.

RESULTS The achieved results can be divided into 11 main themes including their subthemes namely autonomy, respect, fear and confidence, frustrations, communication, knowledge and abilities of physiotherapists, diagnosis, technicisation, quality control, knowledge of physicians regarding physiotherapists, refund and overconsumption.

DISCUSSION The obtained results are merely representative for the participating group of physicians and cannot be generalized.

TITLE Research: "Which are the opinions and experiences with regard to the competence of physiotherapists?"

3 INLEIDING

Uit de literatuurstudie naar directe toegang tot de kinesitherapie (DTK) is gebleken dat DTK in USA (1), de staten van Amerika (uitzondering van Alabama, Indiana en Michigan) (2), Australië (3), Nederland (4), Schotland, Denemarken, Zwitserland, Noorwegen, Nieuw-Zeeland en Canada reeds van toepassing is. Dit in tegenstelling tot België, waar de patiënt verplicht is om eerst langs de arts te gaan voor een voorschrift, vooraleer men naar een kinesitherapeut kan gaan. Dit voor het verkrijgen van een terugbetaling, hetgeen zonder voorschrift niet mogelijk is in België.

De belangrijkheid van een goed opgeleide en gespecialiseerde kinesitherapeut staat centraal (5, 6). Indien men directe toegang zou invoeren moet een kinesitherapeut aan bepaalde vereisten voldoen. Op deze manier blijft de kwaliteit van de zorg bewaard. Bijvoorbeeld preventief advies geven, een goed klinisch onderzoek uitvoeren, een correcte diagnose en evaluatie geven, een goed uitgewerkt behandelplan opstellen, een correcte doorverwijzing en het herkennen van 'rode vlaggen' zijn minimum vereisten waaraan een kinesitherapeut moet voldoen (7, 8). In Ohio bijvoorbeeld, is een kinesitherapeut verplicht om de patiënt binnen de 30 dagen door te verwijzen naar de arts (9).

Recidiverende en musculoskeletale aandoeningen staan bovenaan de lijst van aandoeningen waarvoor patiënten gebruik maken van DTK (4, 5, 10-13). Kinesitherapeuten zouden, volgens artsen, een betere kennis hebben over musculoskeletale aandoeningen, al zijn er toch tegenstrijdigheden hieromtrent. Volgens sommige artsen zou er door de invoering van DTK een gebrek aan opvolging zijn van de patiënten en een verminderde controle over de kinesitherapeut (14). Ook zou volgens hen de kinesitherapeut werken boven zijn competenties, zou er een verminderde communicatie zijn en een risico op een foutieve diagnose en behandeling waardoor de veiligheid van de patiënt in gevaar komt (6, 15). Kinesitherapeuten zouden daarom extra trainingen moeten volgen voor de uitvoering van DTK (16).

Naar aanleiding van deze aspecten is het belangrijk om de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten na te gaan. In welk opzicht acht men een kinesitherapeut bekwaam en wat zijn, volgens de geneesheren, tekortkomingen van een kinesitherapeut? Hoe ziet de geneesheer de toekomstige samenwerking met een kinesitherapeut? Acht de geneesheer de kinesitherapeut bekwaam om in de eerstelijns zorg te werken? Welke voor- en nadelen voorziet men bij de potentiële invoering van directe toegang tot de kinesitherapie?

4 METHODE

Een onderzoek van exploratieve aard werd uitgevoerd door middel van een focus-interview. Het peilen naar visies en meningen van participanten, een diepte-interview, vrijheden in het geven van antwoorden, interacties tussen participanten, subjectieve gegevens vs. objectieve gegevens, zijn kenmerken van een kwalitatief onderzoek (17, 18).

Voor de uitvoering van dit onderzoek werd er een aanvraag ingediend bij de medische ethische commissie van de UHasselt. Daar het hier gaat om een retrospectieve studie en er geen patiënten zijn betrokken in dit onderzoek, was er geen goedkeuring van de medische ethische commissie nodig. Een accreditatieaanvraag werd ingediend.

4.1 Selectie en beschrijving participanten

Met behulp van mailing, persoonlijk contact, Prof. dr. Meesen R. en studiecentrum Axxon werden vijf geneesheren, waaronder één huisarts, één studente zevende jaar geneeskunde, twee fysieke geneesheren en één orthopedisch chirurg (**Fig. 1**) samengebracht om hun visie en ervaringen omtrent de competenties van kinesitherapeuten weer te geven en in interactie te gaan met elkaar.

- Inclusiecriteria: huisartsen, fysieke geneesheren en orthopedische chirurgen.
- Exclusiecriteria: alle andere medici, patiënten, enz.

We hebben voor deze inclusiecriteria geselecteerd, aangezien deze medische beroepen, door middel van doorverwijzing, frequent in contact komen met het beroepsgebied van de kinesitherapeut, waardoor er gegronde visies en ervaringen gerapporteerd kunnen worden.

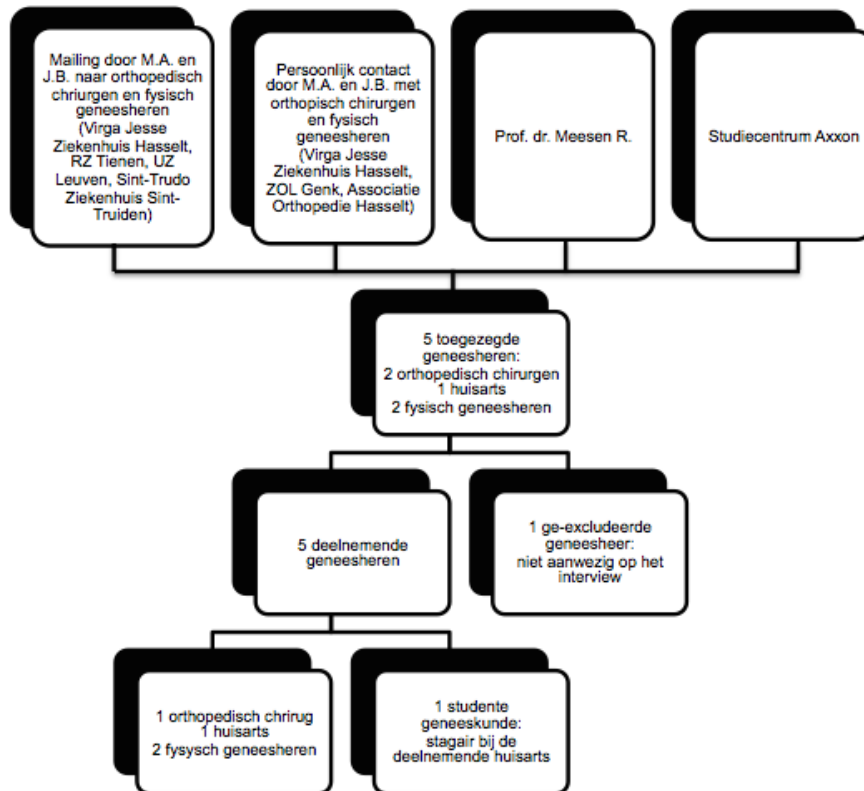


Fig. 1 Rekrutering geneesheren

4.2 Technische informatie

Onder leiding van een deskundig professor (dr. Calsius J.) in het afnemen van een focus-interview, werden topics (**appendix 1**) aangehaald. Deze topics werden vooraf opgesteld aan de hand van een literatuurstudie “*Directe toegang tot de kinesitherapie: Wat is er hieromtrent geweten op mondiaal vlak? Literatuurstudie en onderzoeksprotocol*” en dienden als leidraad voor het afnemen van het focus-interview.

Alvorens het interview werd aangevat werden de doelen en het algemene gewenste verloop zowel mondeling als schriftelijk overlegd met dr. Calsius J. De intentie was om eerst een algemeen beeld te scheppen over de visie en ervaringen van geneesheren omtrent het beroep van de kinesitherapeut, de opleiding en alle aanverwante aspecten, alvorens het aspect DTK aan bod te laten komen.

Een digitale audio-opname werd voorzien (twee audio-opname apparaten), voor het registreren van de verbale informatie. Deze werd nadien volledig schriftelijk uitgewerkt (**appendix 2**).

Voor het registreren van de emotionele ladingen en expressies werd Prof. dr. Meesen R. aangeduid. Zijn taak bestond erin om de emoties en expressies van de gedane uitspraken te noteren (**appendix 3**).

4.3 Analyse

De bekomen data werden geanalyseerd volgens een thematische analyse (19) door twee onafhankelijke beoordelaars (MA en JB) en vervolgens samengebracht. Gebruik makend van deze analyse werden er brede thema's geformuleerd (hoofdthema's met elk hun subthema's) die de inhoud van de bekomen data samenvatten. Bij deze analyse werd er geen rekening gehouden met de manier waarop iets is gezegd en de emotionele ladingen ervan.

De bekomen hoofdthema's zijn gecodeerd door middel van een cijfer, bv. [1], [2], ... (**fig. 2**). Deze codering is per citaat in het uitgeschreven interview weergegeven.

Bij de keuze van de thema's werden de oppervlakkige en iets diepere boodschappen/betekeningen gerapporteerd. De heel diepe boodschappen werden niet gerapporteerd.

<u>CODERING</u>	
Autonomie [1]	Deelautonomie Interdisciplinaire samenwerking
Respect [2]	
Angst en wantrouwen [3]	
Frustraties [4]	Frustraties omtrent osteopaten Frustraties omtrent de invoering van DTK Frustraties omtrent communicatie
Communicatie [5]	Verslag Patiënt Fouten Voorschrift Elektronisch patiëntendossier
Kennis en kunnen van kinesitherapeuten [6]	Opleiding Competentie Bijscholing
Diagnose [7]	Medische diagnose Functionele diagnose
Vertechnisering [8]	
Kwaliteitsbewaking [9]	Toetsing Protocollen Accreditatie
Kennis van geneesheren over kinesitherapeuten [10]	
Terugbetaling en overconsumptie [11]	

Fig. 2 Codering hoofdthema's

Gezien de thematische analyse werden wij niet, op voorhand, op de hoogte gesteld van de bekomen emotionele ladingen. Deze werden ons pas na de analyse bezorgd, waardoor de analyse hier niet door beïnvloed werd.

De bekomen emotionele ladingen zijn enkel ter informatie toegevoegd in **appendix 3**.

5 RESULTATEN

Het uitgeschreven focus-interview is terug te vinden in **appendix 2**.

5.1 Autonomie

5.1.1 Deelautonomie

De vraag omtrent volledige autonomie, met name op vlak van onderzoek, diagnose, behandeling en evaluatie, brengt grote wrevel met zich mee. Zowel geen autonomie als volledige autonomie worden beschouwd als incorrect. Het kernbegrip deelautonomie komt hier duidelijk naar voren.

Indien we geen autonomie toekennen aan de kinesitherapeut wordt er in zekere zin afbreuk gedaan aan de kennis en het kunnen dat kinesitherapeuten door hun opleiding(en), interesse enz. vergaard hebben. *“De kinesitherapie en dus de kinesitherapeuten, mannelijk of vrouwelijk geslacht, het is een opleiding, sowieso, dat zijn mensen met bagage, met interesse die inspanningen geleverd hebben, die dus inderdaad veel geleerd hebben. Dus hoe dan ook, een bepaalde capaciteit is er, een bepaald talent dat verder ontwikkeld is, dat is er dus zeggen: geen autonomie, ja dan doe je daar afbreuk aan”*, aldus A3.

Al wordt er op sommige momenten uitspraak gedaan dat volledige autonomie wel aanvaardbaar is, is hier toch enige diepgaandere boodschap bij. Zo zien sommige geneesheren echter wel de mogelijkheid dat een kinesitherapeut zelfstandig en autonoom kan werken, maar enkel bij bepaalde indicaties en onder bepaalde voorwaarden. Zo verklaart A4: *“Heel extreem autonoom, dat kan, als je dat in de definitie zou opnemen. Dan zeg ik: ja, daar zou een plaats voor zijn denk ik. Ik denk dat daar plaats voor zou zijn voor bepaalde indicaties maar anderzijds denk ik ook dat het inzicht van een arts daarbij toch iets meer kan bijdragen gezien er toch bepaalde risico's zijn die misschien een kinesisist niet kan onderscheppen”*. Daar er toch enige vrees is dat kinesitherapeuten rode vlaggen over het hoofd zouden zien, is er dus nog steeds het inzicht van een geneesheer nodig. Dit vooral naar diagnosestelling toe. Naar behandeling toe daarentegen, zien geneesheren echter wel een vorm van autonomie, nl. behandelingsautonomie.

5.1.2 Interdisciplinaire samenwerking

Een belangrijke voorwaarde, die niet los van het principe deelautonomie kan gezien worden, is de interdisciplinaire samenwerking tussen de verschillende medici en paramedici. Een interdisciplinair samenwerken met deelautonomie, elk in hun eigen specialiteit, elkaar bekijken als collega's met wederzijds respect voor elkaar. Dit zijn de kernwaarden waar voor gepleit wordt. Het is niet het streven naar een volledige autonomie, zoals beoogt met directe toegang, maar een goede coöperatieve relatie tussen de verschillende medische en paramedische specialismen waar de nadruk op gelegd wordt. Het gegeven DTK wordt gezien als een omgekeerde evolutie gezien de actualiteit van het interdisciplinair samenwerken en de separatieve werking van DTK binnen de verschillende beroepen/specialismen.

Voor het bereiken van een goede interdisciplinaire samenwerking is communicatie en wederzijds respect belangrijk.

Kinesithérapie is door de jaren heen erg in opmars gekomen en wil zich stilaan meer en meer profileren binnen de zorg. Al heeft de kinesithérapie zijn plaats in de maatschappij (A3), toch is er wrevel omtrent de hiërarchie tussen geneesheren en kinesitherapeuten. Kinesitherapeuten hebben een kennis en ervaring met betrekking tot de bewegingsleer, waar zij specialist in zijn. Maar zij kunnen niet alles zelfstandig, vandaar het belang van interdisciplinaire samenwerking. *“Maar wij moeten onze beperkingen kennen en de kinesist ook”*, aldus A4. Dit duidt nog eens op het belang van een interdisciplinaire samenwerking op elke tak binnen de geneeskunde.

5.2 Respect

Binnen het principe van de deelautonomie is het thema 'respect' een van de basisvoorwaarden. Om een goede interdisciplinaire werking te kunnen garanderen is een goede collegiale relatie met wederzijds respect noodzakelijk. Toch blijken er op dit gebied heel wat tekortkomingen te zijn. Enerzijds hangt respect samen met communicatie. Geneesheren verwachten, al dan niet bij een doorverwijzing, dat de communicatie wederzijds is. Meer bepaald verwachten ze een verslag omtrent de kinesitherapeutische interventie en evoluties. *“Ik wil een kinesist als een collega zien, hetgeen waar ik ook al jaren naar gestreefd heb, en dat begint met respect voor elkaar. Ik respecteer de huisdokter en die krijgt van mij een brief en de huisdokter stuurt mij een brief zogezegd en de kinesist ook en als ik dan naar de kinesist verwijs dan moet dat ook met respect zijn. Een diagnose, niet massage, mobilisatie. Met respect een diagnose doorgeven en dan heb ik daar ook geen probleem mee dat die kinesist nog eens die diagnose bekijkt omdat die daar ook ervaring mee heeft en de kennis heeft zoals ook heel wat kinesisten naar mij doorverwijzen omdat ze de patiënt goed onderzocht hebben en dat blijft dus gebaseerd op wederzijds respect.”*, aldus A4. Deze wederkerigheid is een vorm van respect.

Anderzijds gaat respect ook gepaard met het erkennen van elkaars beroepsmatige competenties en bevoegdheden. Uit de analyse blijkt dat de algemene kennis rond kinesitherapie, maar ook de verwerking binnen het curriculum van de opleiding geneeskunde beperkt is. Geneesheren hebben dus vaak onvoldoende notie van de verschillende toepassingsgebieden van de kinesitherapie. Waardoor ook het respect voor elkaar in vraag kan worden gesteld.

5.3 Angst en wantrouwen

Uit de analyse van het focus interview wordt duidelijk welke angsten en onzekerheden (wantrouwen) er leven bij de huidige generatie geneesheren/geneesheer-specialisten.

Eenzijds wordt het begrip 'angst' gelinkt aan de angst voor de veiligheid van de patiënt. De artsen stellen dat een kinesitherapeut zich moet weerhouden van de medische diagnostiek, daar zij hier niet voldoende kennis over hebben en daardoor bepaalde risico's en rode vlaggen over het hoofd zien. Dit blijkt uit volgend citaat van A2: *"Op deze manier is het dan wel mogelijk om de kinesitherapeut zijn 'gang' te laten gaan in zijn onderzoek en behandeling, weliswaar hier op een veilige manier"*.

Anderzijds hebben geneesheren telkens de eindverantwoordelijkheid voor het welzijn en de gezondheidsstatus van de patiënt. Indien er een systeem zou komen van directe toegang tot de kinesitherapie met volledige autonomie valt de controle van de arts over de kinesitherapeut weg en blijven ze met een angst zitten wat er nu met de patiënt gebeurt.

Een tweede begrip 'wantrouwen' kan hier direct aan gelinkt worden. Gezien de communicatie tussen geneesheer en kinesitherapeut soms niet als toereikend beschouwd kan worden, hebben de geneesheren ook geen inzicht meer in de handelingen die gesteld worden door de kinesitherapeut (met betrekking tot behandeling, evaluatie, opvolging van de patiënt). De geneesheren hebben dus ook geen zicht meer op de mate waarin de zorg, verstrekt door de kinesitherapeut, kwaliteitsvol (evidence based) is. We stuiten hier op het begrip kwaliteitsbewaking. Om een goede evidence based en up-to-date zorg te kunnen verlenen als kinesitherapeut is frequente bijscholing een noodzaak. Dit kan gelinkt worden aan het vertrouwen dat de geneesheren hebben in de kinesitherapeuten.

5.4 Frustraties

5.4.1 Frustraties omtrent osteopaten

Naast angst en wantrouwen zijn er de frustraties die leven binnen deze groep van geneesheren. De bedoelde frustraties houden vooral verband met de problematiek op vlak van de communicatie. De noodzaak aan goede communicatie kan niet ontkend worden. Hoewel deze communicatie in sommige gevallen als ontoereikend wordt beschouwd, wordt er in het bijzonder een groep van paramedici genoemd, nl. osteopaten. *“Maar met wederzijds respect en als het ergens niet past dan geef ik altijd als voorbeeld de osteopaten, ik zal ze nu met naam noemen. Daar is dat volledig zoek. Ik heb nog nooit een verwijfsbrief gekregen van een osteopaat. Ja, een en die heb ik ingekaderd. Je mag bij mij komen kijken, die heb ik ingekaderd”*, aldus A4. Dit zorgt voor frustraties bij de geneesheren.

5.4.2 Frustraties omtrent de invoering van DTK

Een duidelijk antwoord van A3 op de invoering van DTK: *“Dat kan niet. Dat mag niet zijn. Dat kan en mag niet zijn hè. Dat gaat niet hè. Dat gaat niet. Gelijk ge zegt hè. Hier kom ik bij mijn deelautonomie hè. Dus nogmaals hè, absoluut geen diagnostische autonomie. Dat geeft niks, dat geeft alleen maar de ene fout na de andere, het ene probleem na het andere. Ik moet veel te vaak kiné stoppen omdat ze fout gestart zijn, veel te vaak”*. Een duidelijke frustratie van deze geneesheer. Hij/zij voelt zich aangevallen in zijn/haar kennen en kunnen, in zijn/haar positie en bevoegdheid. DTK kan en mag volgens deze arts dus niet ingevoerd worden.

5.4.3 Frustraties omtrent communicatie

Tot slot roept communicatie een belangrijke frustratie op. Enerzijds zijn artsen gefrustreerd dat kinesitherapeuten slecht communiceren naar hen toe. Wat met verslaggeving? Dit gebeurt veel te weinig! En niet alleen verslaggeving loopt spaak, ook communicatie via patiënten zorgt voor misverstanden. Dit is de grootste fout die er kan gemaakt worden in de communicatie tussen geneesheren en kinesitherapeuten.

Anderzijds zijn er ook voorbeelden dat sommige geneesheren zich ergeren aan de communicatie van de arts naar de kinesitherapeut toe. Bijvoorbeeld een citaat van A5: *“De patiënt recupereert goed en is klaar om weer naar huis te gaan en dan: oei, die is nog bedlegerig. Of oei, die is nog niet genoeg gemobiliseerd. Kom, we halen er de kinesist bij en die moet het dan maar eens oplossen, want de patiënt moet toch uit zijn bed kunnen. En dan loopt er heel veel mis qua communicatie, want natuurlijk dat is een proces van weken/ maanden. Dat is daarom niet zo snel op te lossen en dan komt er heel veel wrevel. Dan is het bijna de schuld van de kinesist om het zo te zeggen dat die patiënt nog niet naar huis kan”*. Dus een betere interdisciplinaire samenwerking met een betere wederkerige communicatie liggen aan de basis van het oplossen van dit type van frustratie.

5.5 Communicatie

5.5.1 Verslag

Een eerste vorm die belangrijk is bij communicatie is het verslag. Hier zien we een grote beperking in. Kinesitherapeuten, net zoals andere paramedici, staan weigerachtig tegenover verslaggeving (A2). Wanneer een geneesheer een patiënt, met een voorschrift, doorstuurt naar een kinesitherapeut, dan verwacht die ook een verslag terug van wat er gedaan werd en wat de evolutie is. Maar ook wanneer er nu een doorvoering zou komen van DTK en de patiënt rechtstreeks naar de kinesitherapeut zou gaan, verwacht men van de kinesitherapeut een verslag. Dit zou elke geneesheer/medicus moeten doen, zodat er een volledig beeld van de patiënt wordt weergegeven. Hiermee wordt er tevens ook een belangrijke vorm van wederzijds respect gehandhaafd.

Maar niet alleen op het niveau van vooruitgang moet de kinesitherapeut een verslag maken, ook wanneer een kinesitherapeut geen evolutie meer ziet in de behandeling/revalidatie is het van belang dat de kinesitherapeut de patiënt terugverwijst naar de geneesheer voor eventuele verdere onderzoeken en hier dus niet zelf over beslist. Dit is dus een belangrijke boodschap waar zeker verbetering nodig is.

Hoewel dit als een probleem wordt weergegeven is er volgens A3 wel een goede verslaggeving van de kinesitherapeut: *“ 'Graag een verslag na de behandeling' en dat wordt dan meestal wel... Bij mij in het ziekenhuis sowieso altijd bij alle paramedici, ergo, psycho, altijd een verslag maken. En dat zijn degelijke verslagen zulle, want die kunnen dat goed zulle, binnen hun kennis en kunde, met andere woorden binnen hun domein. Ze moeten daar niet buiten gaan, dat hoeft niet want zij moeten hun domein... En, nee, dat is heel waardevol.”*

Wanneer er dus specifiek wordt gevraagd achter een verslag, maken kinesitherapeuten effectief een degelijk verslag.

5.5.2 Patiënt

Geneesheren en hun communicatie naar de patiënt toe is volgens deze groep van geneesheren vaak een probleem. Patiënten worden bij consultaties van geneesheren echter overstelpt met informatie, waardoor deze dichtklappen. *“Wij zien de patiënt vaak in een kwartier tijd, er zijn momenten dat ik op een kwartier tijd én de anamnese moet doen én de diagnose moet doen en een echo moet doen en een arthro-NMR bekijken en spreken over een operatie en de patiënt slaat tilt van zodra het woord operatie gevallen is dus er zijn problemen van communicatie tussen ons en sommige patiënten en ik denk dat daar de kinesist een belangrijke rol speelt omdat we toch meerdere sessies plannen bij de kinesist en die kinesist inderdaad tijd kan nemen om de patiënt zijn vertrouwen te krijgen, terug vertrouwen te krijgen in zijn lichaam, in zijn gewrichten enz.”*, aldus A4. Aangezien kinesitherapeuten dus meer tijd hebben voor hun patiënten, is er tussen patiënten en kinesitherapeuten een betere communicatie.

5.5.3 Fouten

De grootste fouten die gemaakt worden in de communicatie zijn enerzijds communicatie via de patiënt en anderzijds een ‘vergeten’ communicatie van de geneesheer naar de kinesitherapeut toe.

Bijvoorbeeld, *“Ik schrijf excentrische oefeningen en ik druk aan de patiënt: 'Je moet écht wel je oefeningen doen hè!' En ik zie de patiënt 10 weken daarna terug en ik zeg: 'En ben je bij de kinesist geweest?' 'Ja, ja.' 'En wat heeft die gedaan?' 'Ja, gemasseerd en hij heeft zijn elektrotherapie gedaan en ...' En ik zeg: 'Ja, maar ja en oefeningen?' 'Nee, nee, hij heeft dat en dat gedaan, massage enzovoorts' 'Ja maar en die oefeningen?' 'Gewoon, nee, hij heeft dat gedaan en dat gedaan.' 'Ja maar zeg, ik heb dat toch geschreven. Ik heb het gezegd. Je moest het hem vragen' En dan zie ik de kinesist in ons overleg en wat heeft die gedaan? Oefeningen, niet alleen, niet anders dan oefeningen en die massage was zo even erbij, dus de communicatie via de patiënt is totaal de mist in gegaan.”*, aldus dr. A1. Patiënten vatten vaak de essentie van hun behandeling anders op, waardoor er een foutieve communicatie bij de geneesheer toekomt.

Een ander voorbeeld, *“De patiënt recupereert goed en is klaar om weer naar huis te gaan en dan: oei, die is nog bedlegerig. Of oei, die is nog niet genoeg gemobiliseerd. Kom, we halen er de kinesist bij en die moet het dan maar eens oplossen, want de patiënt moet toch uit zijn bed kunnen. En dan loopt er heel veel mis qua communicatie, want natuurlijk dat is een proces van weken/ maanden. Dat is daarom niet zo snel op te lossen en dan komt er heel veel wrevel. Dan is het bijna de schuld van de kinesist om het zo te zeggen dat die patiënt nog niet naar huis kan”*, verklaart A5. De schuld wordt hier bij de kinesitherapeut gelegd, terwijl er een foutieve communicatie is van de geneesheer naar de kinesitherapeut toe.

5.5.4 Voorschrift

Wanneer een patiënt naar een kinesitherapeut gaat, moet dit altijd op voorschrift van de geneesheer. Hier loopt het dikwijls mis. Kinesitherapeuten lezen vaak het voorschrift niet of kunnen het geschrift van de geneesheer niet lezen. Maar het gaat hier vaak om belangrijke medische gegevens waar een kinesitherapeut rekening mee moet houden.

5.5.5 Elektronisch patiëntendossier

Het belang van het elektronisch patiëntendossier komt tijdens dit interview sterk naar boven. Voor artsen onderling is er al zo'n elektronisch patiëntendossier, maar er zou een verbetering moeten komen zodat elke medicus, zorgverlener en de patiënt zelf, toegang krijgt tot zijn/haar elektronisch dossier. Hierin zal dan alle informatie staan waar elke hulpverlener/medicus op kan terugvallen, zodanig dat fouten kunnen vermeden worden. Op deze manier is er een betere communicatie tussen medici onderling en wordt er ook een verbetering van de kwaliteit van de zorg gegarandeerd.

Om de communicatie tussen geneesheren en kinesitherapeuten te verbeteren zou een verdere digitalisering en een betere toegang tot patiëntengegevens, ook voor kinesitherapeuten, moeten geschieden.

5.6 Kennis en kunnen van kinesitherapeuten

5.6.1 Opleiding

Binnen de Belgische gezondheidszorg staat de vijfjarige masteropleiding revalidatiewetenschappen en kinesitherapie als de basis voor de beroepsuitoefening als kinesitherapeut. Deze opleiding, samen met de interesse van de (aspirant)-kinesitherapeut leiden ertoe dat de kinesitherapeuten veel kennis vergaren en capaciteiten ontwikkeld hebben aldus geneesheer A3: *“Alleszins is het zo dat, volgens mijn ervaring, de kinesitherapie en dus de kinesitherapeuten, mannelijk of vrouwelijk geslacht, het is een opleiding, sowieso, dat zijn mensen met bagage, met interesse die inspanningen geleverd hebben, die dus inderdaad veel geleerd hebben. Dus hoe dan ook een bepaalde capaciteit is er, een bepaald talent dat verder ontwikkeld is, dat is er dus zeggen: geen autonomie, ja dan doe je daar afbreuk aan dus geen is alleszins al geen antwoord, geen goed antwoord. Totale autonomie evenmin goed denk ik”*.

Toch staat deze basisopleiding niet meer garant voor kwaliteitsvolle zorg en moeten er systemen van kwaliteitsbewaking en accreditering worden uitgewerkt om deze kwaliteit te garanderen. *“Ten eerste is opleiding als dusdanig niet meer garant voor competentie. Je kan daar wel een vertrek garantie van maken en daar criteria op vast binden maar ja, wat met bijscholing, wat met toetsing, wat met samenwerking”,* aldus A1. *“Voor mij mag dat, maar ik heb daar vooral de vragen bij die ik daarjuist al gesteld heb. Ik heb geen vertrouwen in een opleiding alleen als kwaliteitscriterium. U moet een systeem creëren waarbij je de garantie krijgt van de kwaliteit van zo'n zorg”* (A1).

5.6.2 Competenties

De intrinsieke competenties die een kinesitherapeut bezit bestaan uit zijn empathische houding, het stimuleren en motiveren van patiënten, tijd hebben voor de patiënten en specialist zijn in beweging. Bij het gegeven “tijd” staat de vertrouwensrelatie tussen therapeut-patiënt centraal. Hierbij zijn aspecten zoals informeren, communiceren, begeleiden belangrijk. Dit duidt dus op een belangrijke vaardigheid in het omgaan met patiënten.

De kerncompetenties spelen zich voornamelijk af binnen de musculoskeletale tak van de gezondheidszorg. Enerzijds onderscheiden ze de functionele problematieken, maar ook pijnproblemen worden aangekaart. Zo wordt gesteld dat kinesitherapeuten sterk zijn in bewegingsonderzoek, functiemetingen, functioneel bilan, bewegingsbehandeling, enz. Een verder onderscheid wordt gemaakt tussen de preventieve en curatieve interventies die een plaats hebben binnen het handelsgebied van de kinesitherapeut. Kinesitherapeuten hebben een uitgebreide kennis van het klinisch onderzoek. Zo verklaart dr. A4: *“Kinesisten kennen het klinisch onderzoek veel beter en maken niet de fout die vele artsen maken, nl. naar technische onderzoeken verwijzen. Want dat wordt heel vaak gedaan altijd, de NMR zegt dat, behandel dat. Ik denk dat klinisch onderzoek moet domineren en de kwaliteit van de diagnose niet alleen afhangt van het technisch onderzoek”*.
“Geneesheren worden overstelpt met medische informatie”, verklaart dr. A3

5.6.3 Bijscholing

Zoals aangegeven bij 5.6.1 hebben de geneesheren geen vertrouwen in de basisopleiding als een garantie voor kwaliteit. De noodzaak aan een systeem van kwaliteitsbewaking en toetsing wordt aangehaald. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen is het belangrijk om, ook als kinesitherapeut, op regelmatige basis bijscholing te volgen om op die manier de competenties uit te breiden of te optimaliseren.

5.7 Diagnose

5.7.1 Medische diagnose

De medische diagnose is een absolute taak van de geneesheer. Dit is een belangrijk item waar de kinesitherapeut zich helemaal niet mee moet bezig houden. Zij zijn hier niet voor bevoegd en hebben hier niet voldoende kennis over.

Binnen de aangehaalde deelautonomie valt het voeren van een medische diagnose niet onder de bevoegdheid van de kinesitherapeut. Zo verklaart A3: *“Ze moet absoluut niet liggen bij de medische diagnostiek. Als we daar naartoe gaan, zelfs op musculoskeletaal vlak, dat gaat niet goed”*.

5.7.2 Functionele diagnose

Er wordt dus een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de medische diagnose, zoals gesteld door de geneesheren en de functionele diagnose, gesteld door de kinesitherapeut. Met deze functionele diagnose wordt o.a. het opstellen van een functioneel bilan bedoeld, de bewegingsanalyse, enz.

“Competentie in de kinesitherapie vind ik vooral, veel sterker dan wij allemaal, ligt vooral op functioneel vlak, functiemetingen, bewegingsonderzoek, krachtmetingen. Dus niet zozeer de medische diagnose maar het maken van een functioneel bilan van het bewegingsapparaat. Dat kun je perfect aan een kinesist toevertrouwen om enerzijds een bilan op te maken, daar kun je dan eventueel zelf als dokter ook nog iets mee doen of zo, uw eigen diagnostiek of zo. Maar anderzijds dat functioneel gewoon gebruiken, laten gebruiken, als startbasis voor de kinesist om vanuit dat functioneel bilan, ik zeg maar, een revalidatieplan of een behandelplan op te maken”, aldus A3.

Steeds meer wordt de nadruk gelegd op het functionele. Er wordt minder gekeken naar de gebreken en meer aandacht gevestigd op de mogelijkheden waarover een patiënt nog beschikt (bv. in het kader van de tewerkstelling). Een belangrijk standpunt waaruit bovenstaande informatie blijkt komt van A1:

“Ik sluit ook aan bij het 'hou u ver van medische diagnostiek' niet omwille van dat dat op ons terrein zou komen of zo iets, maar eigenlijk ook een beetje uit 'het is maar medische diagnostiek'. In de evolutie waarin we nu bezig zijn, ik ga een ander voorbeeld geven, arbeidsonbekwaamheid, waar men altijd zat te zoeken wat is hier nu de diagnose daarachter enzovoorts. De evolutie nu is juist andersom: wat kunnen die mensen nog, wat hebben die nog en daar werken we op door, via trainingsbegeleiding enzovoort om die terug te herintegreren, daar zie je veel betere resultaten”.

We zien dus dat geneesheren een belangrijke functie toekennen aan de kinesitherapeut, nl. de functionele diagnose. Deze valt onder de bevoegdheid, competentie en deelautonomie van de kinesitherapeut.

5.8 Vertechnisering

Wanneer we spreken over meer autonomie voor de kinesitherapeut, kan de vraag worden gesteld of medische beeldvorming bij de bevoegdheid van de kinesitherapeut kan gevoegd worden. In de gedane analyse zien we echter tegengestelde uitspraken. Geneesheer A4 stelt dat kinesitherapeuten door hun grondige kennis en kunnen met betrekking tot het klinisch onderzoek veel minder geneigd gaan zijn om beroep te doen op technische onderzoeken. *“Dat kinesisten het klinisch onderzoek veel beter kennen en de fout niet maken die veel artsen maken namelijk naar technische onderzoeken verwijzen. Want dat wordt heel vaak gedaan altijd, de NMR zegt dat, behandel dat. Ik denk dat klinisch onderzoek moet domineren en dat de kwaliteit van de diagnose niet alleen afhangt van het technisch onderzoek maar als iedereen het klinisch onderzoek goed kent dan wil ik elke kinesist als collega beschouwen” (A4).*

Binnen de huidige gezondheidszorg merken ze dat er veel te snel wordt beroep gedaan op technische onderzoeken, de zogenaamde vertechnisering. Een huisarts wordt hier in mindere mate mee geconfronteerd dan een geneesheer-specialist. Het uitvoeren van technische onderzoeken wordt als vanzelfsprekend bevonden wanneer men een geneesheer-specialist consulteert. *“Wij als huisartsen zijn daar een stuk vrij van, jullie als specialisten zitten daar in gevangen in het net van de technische dingen. Een specialist die geen CT-scan doet heeft zijn job niet gedaan hè”* (A1). Echter stellen ze dat de kinesitherapie hier als een barrière kan optreden. Toch zijn in sommige gevallen technische onderzoeken noodzakelijk en die bevoegdheid schrijven ze dan ook toe aan de geneesheren. *“Ik zou ze wel, omdat zij iets van bewegingsleer kennen, mogen ze van mij, in mijn ogen, wel een groot deel van de diagnostiek doen als het op basis van klinisch onderzoek gaat maar ze moeten weten dat ze daar, zoals wij, ook beperkt zijn, dat ze af en toe wel technische onderzoeken nodig hebben en dat is dan weer de taak van de arts denk ik”*, aldus A4.

In de eerste plaats erkennen ze de belangrijke rol van het klinisch kinesitherapeutisch onderzoek binnen de diagnostiek en als mogelijke barrière voor de vertechnisering. Ten tweede waarschuwen ze ons ook om niet deel te nemen aan deze tendens (zie vertechnisering). *“En dan voor de toegankelijkheid naar de beeldvorming dan zou ik jullie als kinesisten willen waarschuwen, want voor je dat vraagt, denk na. Want ge verknecht u aan die technische zaken”*, aldus A1.

Hoewel dus gesteld wordt dat kinesitherapeuten, door hun vaardigheden binnen het klinisch onderzoek, minder beroep zouden doen op technische onderzoeken stelt geneesheer A1 dat kinesitherapeuten soms onterecht beweren dat er een technisch onderzoek moet gebeuren. *“Hoe dikwijls dat ik mijn tijd moet steken in, hetzelfde voorbeeld als collega. 'Ja, mijn kinesist heeft gezegd: nu moet er een scan gebeuren' van een rugprobleem. Moet ik proberen die persoon te overtuigen dat er eigenlijk geen scan meer moet gebeuren. Waarom, het is een functioneel... die kinesist komt tegen een limiet terecht, die zegt van: ik kan niet meer verder dus nu moet er een scan gebeuren. Die had de telefoon moeten nemen of een briefje om te zeggen: ja, kijk, dit gaat niet meer verder en nu moet gekeken worden: moet er niet verder een diagnostiek gebeuren en dan kan ik hem terug zeggen van: ja dat is misschien wel een goed idee maar daar en daar en er zijn geen enkele tekens van ischialgie enz. Neen, wat doet die kinesist? Die pakt het aureool van de medische wetenschap en zegt van: Ha, er moet een scan gebeuren”*, aldus A1.

5.9 Kwaliteitsbewaking

5.9.1 Toetsing

Om tot een volledige autonome kinesitherapeut te komen zal er aandacht moeten besteed worden aan kwaliteitsbewaking. Kinesitherapeuten kunnen zich, op basis van een medisch voorschrift, met daarop een medische diagnose, toetsen met behulp van hun klinisch onderzoek. Dit komt de kwaliteit van de zorg ten goede en dit kan enkel en alleen door middel van een goede communicatie!

5.9.2 Protocollen

Daar de kwaliteit van de zorg uiterst belangrijk is, zouden protocollen deze kwaliteit kunnen verzekeren. Op basis hiervan zou elke arts/kinesitherapeut/enz. weten wat er moet gedaan worden, op hoeveel tijd, opbouw van therapie, enz. Algemene protocollen die gevolgd worden en aangepast aan de patiënt. Dit is een zekere basis waar naartoe moet worden gestreefd.

Dr. A4 heeft reeds zo'n protocollen opgesteld voor de behandeling na zijn operatieve ingrepen. Enerzijds bevordert dit de communicatie, de kwaliteit van zorg en voorkomt fouten. Anderzijds kan dit gezien worden als een grote inbreng van de geneesheer in de kinesitherapeutische behandeling, nl. de geneesheer zet de behandeling naar zijn eigen hand. Toch wordt er nu gestreefd naar een overleg tussen geneesheren en kinesitherapeuten voor het samenstellen van zulke individuele protocollen.

5.9.3 Accreditatie

Daar opleiding niet alleen kan worden gezien als maatstaf voor competentie, wordt het belang van de invoeging van een accreditatienetwerk benadrukt. Wanneer de kinesitherapeuten toegang krijgen tot de eerstelijns zorg, zijn het volgen van bijscholingen en lezingen uiterst belangrijk voor het waarborgen van kwaliteitsvolle zorg.

Momenteel zijn er nog geen accreditatiemogelijkheden voor kinesitherapeuten. Maar A4 heeft hier momenteel een tussenoplossing voor en bekijkt volgende kinesitherapeuten als geaccrediteerd: *“Als ik een congres geef voor kinesisten hou ik die lijst bij. Dat zijn mensen die op bijscholing geweest zijn en daar stuur ik mijn patiënten naar, die zich inschrijven op mijn congres, zo doe ik dat. Dus dat bedoel ik, dat is een accreditering die ik zelf moet toekennen want een accrediteringslijst voor kinesisten heb ik nog niet gezien en op die manier beschouw ik de kinesisten die naar onze opleiding geweest zijn als geaccrediteerd”.*

5.10 Kennis van geneesheren over kinesitherapeuten

Geneesheren hebben in hun opleiding slechts een beperkte, fundamentele kennis vergaard in verband met kinesitherapie, met beweging en de revalidatie die hiermee gepaard gaat. Ook hebben geneesheren enkel een matige notie over wat kinesitherapeuten juist doen en waar ze zich mee bezig houden. Het is aldus moeilijk om respect op te brengen als de bekendheid met kinesitherapie, in al zijn facetten, gelimiteerd is.

Geneesheren krijgen weinig informatie over de revalidatie op lange termijn. Zo verklaart dr. A2: *“Ik heb eigenlijk nooit gehad, ik heb gehad behandeling van een CVA binnen de vier uur TPA, buiten de vier uur niet. Maar daar is nooit gesproken over neuromotore revalidatie.”*

De kennis rond andere domeinen waar kinesithérapie een rol speelt, wordt door de participerende geneesheren als onvoldoende geacht. Er wordt gepleit voor meer kennis, niet uitsluitend betreffende de kinesithérapie, maar evenzo omtrent de verschillende paramedische beroepen in het algemeen (bv. ergotherapie, logopedie, enz.): *“we hebben het nu over de kiné, maar wat weten we over de ergotherapeut?”*, aldus A3. Meer bepaald moet er extra aandacht worden besteed aan in welke zin de kinesitherapeuten zich profileren in de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg (bv. palliatieve zorg, gedragsleer, addictieproblematiek, kankertherapie, enz.).

Eveneens het begrip over wat er al leeft rondom de kinesithérapie is miniem. Zo is er weinig tot geen bekendheid met het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Geneesheren weten niet dat het bestaat, laat staan wat het inhoudt.

Op vlak van deze kennis kan er dus de vraag gesteld worden: Hoe kan er op deze manier nu wederzijds respect ontstaan?

5.11 Terugbetaling en overconsumptie

Bij de invoering van directe toegang heerst er bezorgdheid omtrent overconsumptie. Momenteel is er in België nog geen terugbetaling voor rechtstreekse toegang tot de kinesithérapie. Maar dit is een item dat toch heerst, zo verklaart dr. A4: *“Wat gratis is, is niet altijd goed. En wat gratis is, wordt overgeconsumeerd. En als we met terugbetaling zouden werken en dat is voor de patiënt heel goedkoop, dan gaat er een overconsumptie gebeuren en dan gaat de maatschappij er onder lijden. Als elke voetballer maandag 's morgens naar de kinesist gaat gaan, dan zou ik zeggen: njet. Dan zou ik ook zeggen njet. Maar als men zou kunnen zeggen van: 5 beurten kost u zoveel of is zelfs gedeeltelijk terugbetaald, dan zo ik nog zeggen: ja, waarom niet.”*

In het kader van het consumptiegedrag zou een vorm van DTK enkel toepasselijk zijn wanneer er een duidelijk controle systeem wordt toegepast.

6 DISCUSSIE

In de sfeer van de mondiale evolutie binnen de gezondheidszorg, meer specifiek de kinesithérapie, richtten we ons onderzoek op de Belgische situatie. Zoals eerder beschreven zijn verschillende landen ter wereld al geëvolueerd naar een systeem van directe toegang tot kinesithérapie, met of zonder beperkingen of bijzondere voorwaarden.

Met dit explorierend onderzoek hebben we ons op de visie en ervaringen gericht bij de Belgische geneesheren, met nadruk op de Limburgse geneesheren. We kunnen de bekomen resultaten opdelen in 11 hoofdthema's, nl. autonomie, respect, angst en wantrouwen, communicatie, kennis en kunnen van kinesitherapeuten, diagnose, vertechnering, kwaliteitsbewaking, kennis van geneesheren over kinesitherapeuten, terugbetaling en overconsumptie. Dit zijn de overheersende elementen die aan bod zijn gekomen tijdens het focus-interview.

Uit literatuurstudie zijn een aantal van deze thema's herkenbaar. Volgens Alexandria (15) gaan kinesitherapeuten werken boven hun competentieniveau, is er een verminderde communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten en verkiezen kinesitherapeuten foutieve behandelstrategieën. Eveneens halen Jette, Ardleigh (6) in hun studie een belangrijk kritisch punt aan van artsen op DTK. Zo is er een kans dat kinesitherapeuten een foutieve diagnose stellen, waardoor er belangrijke medische condities over het hoofd worden gezien en, op deze manier, de veiligheid van patiënten in gevaar komt.

Alsook omtrent de voor- en nadelen omtrent DTK zijn er tussen de literatuurstudie en dit kwalitatief onderzoek overeenkomstige elementen. Hieronder een aantal van de overeenstemmende elementen:

- Een verminderd gebruik van medische beeldvorming, betere diagnose en behandeling op kinesitherapeutisch vlak (Foster, Hartvigsen (20))
- Overconsumptie (Robert and Stevens (21))
- Overconsumptie, onjuiste diagnose en ernstige aandoeningen over het hoofd zien (Mitchell and de Lissovoy (22))
- Verminderde communicatie tussen artsen en kinesitherapeuten en weinig supervisie door de arts (Durant, Lord (23))

Deze voor- en nadelen komen tevens uitdrukkelijk tot uiting bij deze groep van geneesheren.

Gedurende dit kwalitatief onderzoek zijn enkele vormen van bias opgetreden.

Een **interviewer bias**: Het feit dat de moderator van het focus interview een gediplomeerd en werkzaam kinesitherapeut is, is een vorm van bias. In de zin van: welke vragen werden gesteld en op welke manier. Hoewel er gewerkt werd met een objectieve topic lijst en een literatuurstudie als basis, was het beter geweest om een volledig objectieve interviewer, die geen betrekkingen heeft met het beroep van kinesithérapie, aan te stellen. Ook de observator is van opleiding kinesitherapeut en werkzaam in de opleiding. Een minimale vorm van subjectiviteit is niet uit te sluiten, hoewel beiden een specifieke opleiding gevolgd hebben om hun desbetreffende taak uit te voeren.

Alsook een **selectiebias**: Er is een zekere vorm van selectiebias opgetreden gedurende dit onderzoek, in die zin dat enkel mensen met een grote interesse of een uitgesproken mening over het topic deelnamen aan het onderzoek. Gezien het om een focus-interview gaat, met een maximale duurtijd van twee uur, is het onwaarschijnlijk dat geneesheren (-specialisten) zonder interesse of zonder mening de tijd zullen vrij nemen om deel te nemen aan het onderzoek.

Vervolgens ook een **sampling bias**: Er is sprake van sampling bias binnen ons onderzoek. De geselecteerde subjecten zijn niet representatief voor de beoogde doelgroep. Zo was er slechts één orthopedisch chirurg, twee fysisch geneesheren, één huisarts en één student geneeskunde. We kunnen dus geen resultaten generaliseren, hoewel dit toch belangrijk is, naar alle beroepsgroepen toe of enkele ervan.

We limiteerden de interpretatiebias zo goed mogelijk door gebruik te maken van geluidsregistratie en 2 onafhankelijke beoordelaars. De audioregistratie werd letterlijk uitgeschreven door 2 onafhankelijke beoordelaars en geanalyseerd volgens een thematische analyse. Toch moeten we hier rekening houden met een mogelijke **interpretatiebias** aangezien wij, als onderzoekers, een medische achtergrond hebben op kinesitherapeutisch vlak en hierdoor sommige uitspraken eerder ingekleurd gaan weergeven.

Een andere tekortkoming van dit kwalitatief onderzoek wordt bepaald door het beperkt aantal deelnemende geneesheren. Slechts vijf geneesheren namen deel aan het interview. Daar deze participanten gelimiteerd zijn tot de provincie Limburg en er slechts één of twee subjecten/beroepsgroepen zijn, zijn de bekomen resultaten niet generaliseerbaar voor Limburg/Vlaanderen/België, maar ook niet voor generaliseerbaar voor een beroepsgroep. De bevonden resultaten zijn enkel representatief voor deze groep van geneesheren.

Vervolgens zien we nog een mogelijke beperking in dit onderzoek. Hoewel het onze intentie was om het interview heel secuur aan te pakken en het aspect DTK niet meteen aan te halen, kwam dit topic toch redelijk vroeg aan bod. Dit kan een invloed gehad hebben op het verloop van het interview, wat het inhoudelijke aspect betreft. Het interview had als doel om initieel enkel de algemene ervaringen en visies betreffende kinesithérapie in kaart te brengen (competenties, samenwerking,...). De gedane uitspraken kunnen in zekere mate beïnvloed zijn omdat ze gedaan werden binnen de sfeer en context van de DTK.

Naar de toekomst toe zal het onderzoek moeten worden uitgebreid, zowel op demografisch gebied, grootte van steekproef, alsook op vlak van subjecten per beroepsgroep. Het streefdoel zal zijn om een beeld te creëren over de visies en meningen van zowel huisartsen als arts-specialisten over het hele Belgisch grondgebied. Aanvankelijk zal er, met doel om de extra kwalitatieve informatie te bekomen, gebruik gemaakt kunnen worden van focus-interviews.

De bekomen resultaten kunnen ook als basis worden gebruikt voor het ontwikkelen van gerichte vragenlijsten/enquêtes, zodat een groter aantal geneesheren kan bereikt worden.

7 REFERENTIELIJST

1. Association. APT. Summary of direct access language in state physical therapy practice acts. april 2011 [updated Oktober 2011]. Available from: http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Advocacy/State/Issues/Direct_Access/DirectAccessbyState.pdf.
2. Association. APT. The time has come for nationwide access to physical therapists under Medicare 2006. Available from: <http://www.apta.org/AM/>
3. Holdsworth LK WV. Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future? *Physiotherapy*. 2004;90:64-72.
4. Leemrijse C, Swinkels ICS, De Bakker D. Effects of direct access to physiotherapy in The Netherlands in 2006. *European Journal of Public Health*. 2006;16:14-5.
5. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Phys Ther*. 2013;93(4):449-59.
6. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther*. 2006;86(12):1619-29.
7. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*. 2013;99(4):285-91.
8. Boissonnault WG, Ross MD. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2012;42(5):446-54.
9. Ohio Occupational Therapy Pt, and athletic trainers board. Laws and rules regulating the practice of physical therapy 2006 [updated 2011]. Available from: <http://www.otptat.ohio.gov>
10. Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, de Bakker D, Veenhof C. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: an observational study. *Bmc Musculoskeletal Disorders*. 2013;14.
11. Clayton AM, Lynch M, Clewes A, Dawson J, Abernethy V, Griffiths AE. SELF-REFERRAL TO RHEUMATOLOGY PHYSIOTHERAPY: A VITAL COMPONENT OF SELF-MANAGEMENT. *Rheumatology*. 2012;51:59-60.

12. Brooks G, Dripchak S, Vanbeveren P, Allaben S. Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2008;38(3):109-15.
13. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*. 2012;98(2):131-7.
14. Shoemaker MJ. Direct consumer access to physical therapy in Michigan: challenges to policy adoption. *Phys Ther*. 2012;92(2):236-50.
15. Alexandria V, American Physical Therapy Association, Division of Professional Relations. *Direct Access to Physical Therapy*. . 1987.
16. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK, Scottish Physiotherapy S. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94(3):236-43.
17. Kitzinger. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health* 1994;16:103-21.
18. N. E. Chioncel RGWVDV, D. Wildemeersch, P. Jarvi. The validity and reliability of focus groups as a research method in adult education . *International Journal of Lifelong Education* 2003;22(5).
19. VPPK. Thematische analyse Available from: http://studie.vppk.be/images/THEMATIC_ANALYSIS.pdf
20. Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Research & Therapy*. 2012;14(1).
21. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *British Journal of General Practice*. 1997;47(418):314-8.
22. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther*. 1997;77(1):10-8.
23. Durant TL, Lord LJ, Domholdt E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Phys Ther*. 1989;69(10):850-7.

24. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *Bmc Musculoskeletal Disorders*. 2005;6.
25. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2006;36(9):632-4.
26. Mitchell JM, deLissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*. 1997;77(1):10-8.
27. Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, et al. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2005;35(2):67-71.
28. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*. 1997;47(418):314-8.
29. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK, Scottish Physiotherapy Self R. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy*. 2006;92(1):26-33.
30. Addley K, Burke C, McQuillan P. Impact of a direct access occupational physiotherapy treatment service. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(8):651-3.
31. Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy*. 2008;88(8):936-46.
32. Boyles RE, Gorman I, Pinto D, Ross MD. Physical therapist practice and the role of diagnostic imaging. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2011;41(11):829-37.
33. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*. 2013;99(4):285-91.
34. Sandstrom R. Malpractice by physical therapists: descriptive analysis of reports in the National Practitioner Data Bank public use data file, 1991-2004. *J Allied Health*. 2007;36(4):201-8.
35. Rhon DI. A physical therapist experience, observation, and practice with an infantry brigade combat team in support of Operation Iraqi Freedom. *Mil Med*. 2010;175(6):442-7.

36. Boissonnault WG, Badke MB, Powers JM. Pursuit and implementation of hospital-based outpatient direct access to physical therapy services: an administrative case report. *Phys Ther*. 2010;90(1):100-9.
37. Hackett GI, Bundred P, Hutton JL, O'Brien J, Stanley IM. Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy. *Br J Gen Pract*. 1993;43(367):61-4.
38. Murphy BP, Greathouse D, Matsui I. Primary care physical therapy practice models. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35(11):699-707.
39. Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen AK, Little H, Scottish Physiotherapy Self R. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes - results of a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94(2):141-9.
40. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK, Scottish Physiotherapy Self R. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*. 2007;93(1):3-11.
41. Bury TJ, Stokes EK. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy*. 2013;93(4):449-59.
42. Scheele J, Vijfvinkel F, Rigter M, Swinkels IC, Bierman-Zeinstra SM, Koes BW, et al. Direct access to physical therapy for patients with low back pain in the Netherlands: prevalence and predictors. *Phys Ther*. 2014;94(3):363-70.
43. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005;6:32.
44. Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2005;35(10):674-8.
45. Domholdt E, Durchholz AG. Direct access use by experienced therapists in states with direct access. *Phys Ther*. 1992;72(8):569-74.
46. McCallum CA, DiAngelis T. Direct access: factors that affect physical therapist practice in the state of Ohio. *Phys Ther*. 2012;92(5):688-706.

47. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of epidemiology and community health*. 1999;53(10):643-50.

48. Boyles RE, Gorman I, Pinto D, Ross MD. Physical Therapist Practice and the Role of Diagnostic Imaging. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2011;41(11):829-37.

8 APPENDIX

Appendix 1. Topic lijst

- Wat is uw ervaring met kinesithérapie in het algemeen:
 - o Klinisch onderzoek (8)
 - o Diagnosestelling (5, 6, 8, 20, 24-27)
 - o Behandeling (5, 15, 20, 25, 26, 28)
 - o Eindresultaat (12, 20, 24, 28-31)
- Wat is uw ervaring/visie m.b.t. de vaardigheid van de kinesitherapeut in het kader van musculoskeletale aandoeningen (klinisch onderzoek, diagnose stelling, behandeling)? (20)
- Wat is uw ervaring met kinesithérapie inzake:
 - o Veiligheid (contra-indicatie, rode vlaggen, doorverwijzingen,...) (6, 8, 9, 13, 24-26, 32-35)
 - o Communicatie (mondeling/schriftelijk verslag) (15, 23, 36)
 - o Patiëntentevredenheid (13, 20, 27, 30)
 - o Ziekteverzuim/ tijd tot terugkeer naar werk/ADL (20, 28-30, 35, 37, 38)
 - o Kennis, meer bepaald het toepassen van evidence based practice (20)
- Welke mogelijk evolutie verwacht u in de samenwerking tussen artsen en kinesitherapeuten (20, 39)
 - o Wat kan er beter?
 - o Wat vindt u reeds goed aan de samenwerking?
 - o Wat vindt u eerder een hindernis?
- Welk verbeterpunten acht u belangrijk inzake de opleiding kinesithérapie (6, 16, 25, 33):
 - o Kennis
 - o Kunnen
- In welke mate acht u de kinesitherapeut in staat, in de eerste lijn (rechtstreeks), met verslag naar de arts (5, 6, 8, 20, 24-27):
 - o Een intake doen
 - o Klinisch onderzoek
 - o Diagnose stelling
 - o Behandeldoelen opstellen + prioriteiten stellen
 - o Behandelingen
 - o Evaluatie + eindresultaten
 - o Efficiënte en gepaste communicatie naar de patiënt (13)
 - o Communicatie naar de arts
- Is het volgens u nodig om terug te keren naar de arts?

- Indien de kinesitherapeut bovenstaande (intake, onderzoek, behandeling,...) op zelfstandige basis zou uitvoeren welke invloed heeft dit volgens u op:
 - o Medicatiegebruik (toename, afname) (10, 20, 37, 40)
 - o Het aantal visites/behandeling per patiënt (overconsumptie) (12, 14, 20, 22, 28-31, 41, 42)
 - o De kosten-efficiëntie (14, 20, 22, 27, 28, 33, 37, 40, 43)
 - o De prognose/eindresultaat (10-13, 20, 24, 28-31, 34)
 - o Het aantal (overbodige) onderzoeken (20, 40)
 - o De toegankelijkheid van de zorg, tijd tot behandeling (6, 10, 20, 27-29, 37, 38, 44)
 - o Werkdruk artsen/specialisten (10, 13, 20, 22, 28, 35, 40)
 - o Verzekering en terugbetalingsaspecten (7, 31, 36, 37, 43, 45, 46)
- Is er reeds vraag naar een rechtstreekse toegang naar de kinesitherapeut vanuit de patiënten? (27, 39, 47, 48)

Appendix 2. Uitgeschreven interview

Goedemiddag en dank dat u de tijd heeft gemaakt om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit onderzoek, ik weet niet of jullie dat kennen, is een kwalitatief onderzoek. Wij willen hier peilen naar de ervaring die jullie hebben rond de competentie van de kinesitherapeut en in welke mate u die competenties eigenlijk toereikend vindt voor het al of niet creëren van meer zelfstandigheid in de kinesitherapie. Kwalitatief onderzoek wil zeggen dat we aan de hand van een focusgroep dat we een gesprek gaan voeren rond bepaalde topics die opgezocht zijn uit de literatuur in landen waar men daar onderzoek rond gedaan heeft. We hebben een soort topic lijst en daar gaan we er enkele van bespreken. Wat gaan we doen met de resultaten van dat onderzoek? De resultaten van dat onderzoek gaan gebruikt worden om eigenlijk een enquête op te stellen die we dan in het breed kunnen verspreiden onder de artsen, zowel huisartsen als geneesheer-specialisten. Dus dit is eigenlijk een explorerende fase van het onderzoek, een beetje aftasten wat leeft bij mensen die in het beroep geconfronteerd worden met kinesitherapeuten om zo een meer specifieke enquête te kunnen opstellen.

Ik zelf ben Raf Meesen, ik begeleid de masterproef die hier rondgaat. Ik zal hier vandaag bijzitten als observator dus ik ga een beetje kijken en noteren en zo verder. Collega Calsius die gaat het groepsgesprek leiden.

Moderator: Dus mijn naam is Joeri Calsius, dus Joeri voor alle duidelijkheid. Ik ben van achtergrond zowel kiné als klinisch psycholoog. Ik heb ook nog filosofie gestudeerd, in die zin ben ik vertrouwd met kwalitatief onderzoek, diepte dus focusgroep en ben ik inderdaad gevraagd om dit wat te begeleiden. Ik ga seffens heel formeel vragen of jullie akkoord zijn, want dit gaat data opleveren en wij willen daar iets mee doen dus dat behoort op de juiste manier te gebeuren. U moet ook weten dat om welke reden ook u zou zeggen: "Goh ik heb daar dingen verteld en ik sta daar eigenlijk niet meer achter." Een eenvoudig mailtje of schrijven naar ons verplicht ons er toe om uw deel er uit te halen. Het is nu eenmaal onderzoek en dat behoort op de juiste wijze te gaan. Als het goed is dan spreek ik u graag aan met uw voornaam vanaf nu en niet in het minst ook om een beetje de anonimiteit uiteindelijk te garanderen.

Welkom A1, A2, A3, A4 en A5.

Als het voor jullie goed is dan nemen wij vanaf nu het gesprek op. Mocht u daar problemen mee hebben dan mag u dat zeker laten weten. En dan wil ik u uitnodigen om, dat is inderdaad de bedoeling, om zo vrij en ongeremd mogelijk deel te nemen. Het is zeker geen één op één vragenronde wat we doen, dus u mag gerust, hoe zal ik het zeggen, in het gesprek inbreken zoals men dat dan noemt, geen enkel probleem, hoe meer hoe liever.

Ik zou eigenlijk willen beginnen met een vergelijking, een beetje vanuit een deel van mijn achtergrond. Vorig jaar is voor het eerst in de geschiedenis zoals men dat dan noemt een niet erkend zorgberoep, namelijk dat van de klinisch psycholoog, ingebroken - daar heb je dat woord weer - in het KB 78 en wel onmiddellijk in sectie 1A waar jullie als artsen instaan wat impliceert dat wij over de volledige lijn als een autonome zorgverstreker wettelijk geregeld zijn van psychodiagnostiek tot en met behandeling, opvolging enzovoort. Dat is een serieuze prestatie. De kinesitherapeuten hebben een heel andere historiek en zijn eigenlijk ook aan het evolueren in die richting. In Nederland is dat al een aantal jaren zo en zoals Raf geschetst heeft is men hier dat aan het onderbouwen en exploreren. Dus vandaar de open vraag: de kinesitherapeut als autonoom, volledig zelfstandig collega, horizontaal, geen piramidestructuur meer, wat zou dat opleveren? Zou dat kunnen voor u? Dat is de meest overkoepelende vraag en dan gaan we daar straks natuurlijk een aantal details uithalen. Dus ik had graag eens uw eerste buikgevoel daarbij. Want dat is natuurlijk anders dan het nu is en al zeker van waar we komen waarschijnlijk in het begin van jullie carrière waar er echt een zeer duidelijk een paramedical organisatie was. Oké, wie wil de spits eraf bijten?

A3: Dat is natuurlijk de grote hamvraag hè, die krijgen we niet in een antwoord van 1 minuut opgelost, ook niet in een antwoord van 5 minuten, ik denk dat we daar wel een uur over kunnen doorbomen als we willen. Alleszins is het zo dat, volgens mijn ervaring, de kinesitherapie en dus de kinesitherapeuten, mannelijk of vrouwelijk geslacht, het is een opleiding, sowieso, dat zijn mensen met bagage, met interesse die inspanningen geleverd hebben, die dus inderdaad veel geleerd hebben [1,6]. Dus hoe dan ook een bepaalde capaciteit is er, een bepaald talent dat verder ontwikkeld is, dat is er dus zeggen: geen autonomie, ja dan doe je daar afbreuk aan dus geen is alleszins al geen antwoord, geen goed antwoord [1]. Totale autonomie evenmin goed denk ik [1]. Dus we gaan ergens naar een deelautonomie moeten kijken [1]. Ik heb daar zo mijn ideeën over. We zullen sowieso kijken wat de andere mensen daar als eerste bemerking over hebben.

Moderator: Ja, zeker. Dank u wel voor die eerste maar ook als jullie een andere mening hebben gelieve die ook nog te zeggen en te durven zeggen dus

A1: Ik vind de vraag voorbijgestreefd. Ik denk dat geen enkel beroep momenteel, ook huisarts niet, ook psycholoog niet, het recht heeft om autonoom van ad initio diagnose tot eind van de behandeling alleen te staan [1]. Dus jullie zijn eigenlijk momenteel in een omgekeerde evolutie terechtgekomen [1]. Ten eerste is opleiding als dusdanig niet meer garant voor competentie [6]. Je kan daar wel een vertrek garantie van maken en daar criteria op vast binden maar ja, wat met bijscholing, wat met toetsing, wat met samenwerking en zeker ook voornamelijk de grote gebieden van de, de juist van de kinesitherapie vergen samenwerking, vergen interdisciplinaire dingen, dus uiteindelijk de vraag van: kan een kinesist..... [1, 6, 9] Een kinesist die dat echt zou doen, helemaal autonoom die heeft mijn inziens juist geen recht om dat te doen [1]. Een kinesist die zich niet integreert in een samenwerking met verschillende en juist hetzelfde, let op, dat is niet alleen voor een kinesist, dat is voor een psycholoog ook zo [1].

En het is daar trouwens waar het met een aantal psychologen helemaal verkeerd loopt momenteel omdat ze zich helemaal niets aantrekken van Bijvoorbeeld als ik iemand als huisarts doorstuur naar een CBG dan, let op hè, 1 keer op 3 lezen die mijn doorverwijsbriefje niet hè, beginnen die gewoon helemaal opnieuw, van nul, zoals u zelf komt te zeggen [4,5].

Ten eerste is dat niet al te collegiaal, ten tweede is dat enorme tijdverspilling en ten derde is dat niet efficiënt want ik als huisarts, ik heb geen psychologische opleiding maar ik geef wel een aantal elementen mee naar die persoon die moeten meegenomen worden of waarvan ik verwacht dat die eigenlijk ten goede zouden komen aan de zorg van die patiënt en in die zin verwacht ik dan ook een samenspraak zodat ik ook kan verder werken met die patiënt vanuit mijn optie van huisarts [1,4].

Moderator: Heeft u gelijkaardige ervaringen met kiné? Want u geeft wel een aantal heel concrete voorbeelden.

A1: In mijn praktijk hebben wij 6, 7 jaren met een kiné in de praktijk samengewerkt en omwille van ruimtelijke dingen is die nu apart gegaan maar wij hebben nog altijd een structurele samenwerking dus patiëntenbesprekingen enzovoorts dus dat werkt [1,5]. In die zin kan ik mij wel inderdaad wel inbeelden dat bepaalde geïsoleerde problemen kunnen opgelost worden maar stel dat open dan stel je je natuurlijk open aan het uit elkaar drijven van de beroepen dus ik vind dan eigenlijk dat de insteekvraag bijna anders zou moeten gesteld worden. Hoe kunnen we kwaliteit.... en is dat daarbij nodig, autonomie [1,9].

Moderator: Goed.

A4: Ik kan me volledig aansluiten bij wat A1 zegt namelijk dat we niet allemaal moeten autonoom werken, ik als orthopedisch chirurg niet, als huisdokter niet, we moeten elkaar eigenlijk als collega's bekijken en ik wil dat ook zo zien [1]. Ik wil een kinesist als een collega zien, hetgeen waar ik ook al jaren naar gestreefd heb, en dat begint met respect voor elkaar [1,2]. Ik respecteer de huisdokter en die krijgt van mij een brief en de huisdokter stuurt mij een brief zagezegd en de kinesist ook en als ik dan naar de kinesist verwijs dan moet dat ook met respect zijn [2,5]. Een diagnose, niet massage, mobilisatie. Met respect een diagnose doorgeven en dan heb ik daar ook geen probleem mee dat die kinesist nog eens die diagnose bekijkt omdat die daar ook ervaring mee heeft en de kennis heeft zoals ook heel wat kinesisten naar mij doorverwijzen omdat ze de patiënt goed onderzocht hebben en dat blijft dus gebaseerd op wederzijds respect [1,2,5,6]. Ik mag niet alleen werken, geen enkele schouderoperatie zou trouwens slagen zonder kinesitherapie vind ik en een slechte doorverwijzing is ook niet goed want dan komen die met rugklachten bij mij bij wijze van spreken dus nee, ik denk dat, ja, autonomie, zoveel als een huisarts autonomie heeft en een specialist autonomie heeft, ik denk dat een kinesist in mijn ogen autonoom kan zijn, daar spreek ik u tegen A3 [1,5]. Maar met wederzijds respect en als het ergens niet past dan geef ik altijd als voorbeeld de osteopaten, ik zal ze nu met naam noemen [1,2,4]. Daar is dat volledig zoek. Ik heb nog nooit een verwijsbrief gekregen van een osteopaat. Ja, een en die heb ik ingekaderd. Je mag bij mij komen kijken, die heb ik ingekaderd [4,5].

Omdat daar geen communicatie is. Ik schrijf die mensen een brief soms en ik heb nog nooit een brief teruggekregen en daar, sorry, dan is de gelijkheid gedaan voor mij. Ik stuur ook niet naar een osteopaat [4,5]. Als die mij nooit een brief schrijven en reageren dan stopt de gelijkheid en het respect [2,4,5]. Dus dat is een voorbeeld waar ik zeg: nee maar als het is voor kinesisten ja dan streef ik er naar om ze wel op gelijk niveau te zien [1]. Ik denk dat ik er door de jaren al wel naar gestreefd heb. Want ik denk dat ik al heel wat brieven naar kinesisten heb gestuurd [5]. Spijtig kennen ze het begin van de behandeling niet, maar als de patiënt er zou voor kiezen, dan denk ik dat het heel belangrijk is en omgekeerd en dan is het des te belangrijker dat de kinesist inderdaad ook een diagnose gaat stellen want ik zou plots weer fout kunnen zitten [5,7]. Ik denk dat het klinisch onderzoek van de kinesist zeker zo belangrijk is als het klinisch onderzoek dat ik doe om tot een diagnose te komen en daar denk ik dat we toch wel heel goed aan het vooruitgaan zijn de laatste tijd [6,7]. Dat kinesisten het klinisch onderzoek veel beter kennen en de fout niet maken die veel artsen maken namelijk naar technische onderzoeken verwijzen [6,7,8]. Want dat wordt heel vaak gedaan altijd, de NMR zegt dat, behandel dat [8]. Ik denk dat klinisch onderzoek moet domineren en dat de kwaliteit van de diagnose niet alleen afhangt van het technisch onderzoek maar als iedereen het klinisch onderzoek goed kent dan wil ik elke kinesist als collega beschouwen [1,6,7,8]. Hij moet niet opereren, hij moet geen filtraties geven maar ik moet ook geen behandeling en manuele therapie toepassen, ieder zijn taak en dan komen we samen tot een goed resultaat en dat is in de orthopedische wereld en de fysieke denk ik ook heel belangrijk om daar ieder met zijn competentie toe een goed resultaat te komen [1]. Ik kan het niet alleen, de patiënten kunnen het niet alleen, samen vullen we elkaar aan [1].

Moderator: Kwestie van het opgestart hebben ga ik nu nog even heel expliciete vragen voorleggen.

A2: Collega en communicatie zijn de 2 dingen eigenlijk die ik het belangrijkste vind [1,5]. Ik vind ook dat je de kinesist als collega moet beschouwen [1]. En daarbij komt dan ook communicatie [5]. Ik werk zelf nu in een ziekenhuis en dan is het heel gemakkelijk om naar de kinesisten te stappen en zeggen: ik wil dit of dit van een patiënt en dan kunnen zij daar ook veel beter voeling in brengen [5]. Om een voorbeeld te geven, als het gaat over een sportende patiënt dan is het heel gemakkelijk om tegen de kinesist te zeggen: start maar met actieve oefentherapie en die sportende patiënt die zal dat direct willen [5].

Maar er zijn natuurlijk ook patiënten met wat meer psychologische effecten en dan moet je meer van een initieel passief beleid, een beetje 'tender love and care' en die patiënt zo dan rekruteren naar een meer actief beleid [5]. En normaal gezien als je dat zou doorsturen naar de kiné dan zeggen die: ja maar dat gaat sowieso niet helpen [5]. Tegenover als je dan even naar de kinesist gaat en je legt uit: gewoon in het begin passief om het ijs te breken en dan zo opbouwen naar een actief beleid dan staat die kinesist daar ook volledig voor open en dan weet die ook wat meer wat je bedoelt en dat je toch eigenlijk uiteindelijk naar hetzelfde wilt [5]. Want als je met die patiënt waar er veel meer factoren een rol spelen, als je die direct op de loopband gaat zetten, die weet niet wat hem overkomt, die gaat blokkeren en die gaat naar de dokter teruggaan en zeggen: van de kiné word ik alleen maar slechter [5]. Dus ik denk dat collega en communicatie, dat dat het belangrijkste is [1,5].

Moderator: Ok, collega en communicatie, dank u. A5?

A5: Ik ga spreken uit mijn eigen ervaring. ik ben nu een jaar stagiair geweest in het ziekenhuis en wat ik heel vaak in het ziekenhuis heb gemerkt is dan dat: de patiënt recupereert goed en is klaar om weer naar huis te gaan en dan: oei, die is nog bedlegerig, of oei, die is nog niet genoeg gemobiliseerd. Kom, we halen er de kinesist bij en die moet het dan maar eens oplossen want de patiënt moet toch uit zijn bed kunnen. En dan loopt er heel veel mis qua communicatie want natuurlijk dat is een proces van weken, maanden, dat is daarom niet zo snel op te lossen en dan komt er heel veel wroef en dan is het bijna de schuld van de kinesist om het zo te zeggen dat die patiënt nog niet naar huis kan, dus dat is mijn ervaring op dat gebied. Ik ben nu pas begonnen met mijn huisartsenstage dus op dat gebied heb ik nog weinig ervaring hoe dat daar loopt maar ik weet dat het in het ziekenhuis... Ik heb het een paar keer ervaren, ik heb het een paar keer zien mislopen en ik vind het dan eigenlijk jammer omdat ik het vooral te wijten vind aan de communicatie dus... [4,5]

Moderator: Dus als ik even probeer samen te nemen, dan denk ik waar A1 op wees absoluut een heel belangrijk punt is maar dat er misschien ook een klein beetje een begripsverwarring in zit dat wanneer we spreken over autonomie of het streven daarnaar dan staat dat gezinszins haaks op interdisciplinair of transdisciplinair werken, integendeel.

Ik denk dat die met mekaar in de pas kunnen lopen maar dan gaat het natuurlijk vooral over het autonoom kunnen handelen en dan daar natuurlijk ook de verantwoordelijkheid voor dragen want dat is iets wat er vroeger ook niet was. De kinesist werkte destijds echt onder verantwoordelijkheid van.. Dus laat ons het misschien eens even omkeren en vragen waar denkt u echt vanuit uw ervaring gesproken dat kinesitherapeut heel sterk staat. In welk deel van uw ervaring qua samenwerking acht u de kinesitherapeut als absoluut zoals u dat zegt als collegiaal, competent?

A4: Als u zegt echt autonoom dat zou bijna betekenen dat de patiënt naar de kinesist mag stappen, geef me tien beurten behandeling en de kinesist start op zijn eigen. Dat is bedoeld met autonoom, zelf de therapie starten zonder enig voorschrift, is het dat wat u bedoelt?

Moderator: Ja.

A4: Heel extreem autonoom, dat kan, als je dat in de definitie zou opnemen [1]. Dan zeg ik: ja, daar zou een plaats voor zijn denk ik [1]. Ik denk dat daar plaats voor zou zijn voor bepaalde indicaties maar anderzijds denk ik ook dat het inzicht van een arts daarbij toch iets meer kan bijbrengen gezien er toch bepaalde risico's zijn die misschien een kinesist niet kan onderscheppen, ik denk daarbij aan interscapulaire pijn, vanuit de viscera enz [1,3]. Er zijn risico's bij [3]. Om nu te zeggen dat elke kinesitherapie behandeling moet voorafgegaan worden door een voorschrift, nee, toch 90% zou ik zeggen [3]. Maar de kinesist is natuurlijk zeer geplaagd om met de patiënt in communicatie te gaan en inderdaad zoals A2 ook aangaf, hij kan de patiënt begeleiden [5,6].

Wij zien de patiënt vaak in een kwartier tijd, er zijn momenten dat ik op een kwartier tijd én de anamnese moet doen én de diagnose moet doen en een echo moet doen en een arthro-NMR bekijken en spreken over een operatie en de patiënt slaat tilt van zodra het woord operatie gevallen is dus er zijn problemen van communicatie tussen ons en sommige patiënten en ik denk dat daar de kinesist een belangrijke rol speelt omdat we toch meerdere sessies plannen bij de kinesist en die kinesist inderdaad tijd kan nemen om de patiënt zijn vertrouwen te krijgen, terug vertrouwen te krijgen in zijn lichaam, in zijn gewrichten enz [5,6]. Dus ik denk dat de kinesist echt zijn meerwaarde heeft door de tijd die hij erin kan steken door de manier van behandelen [6].

Wij zien nooit een patiënt 18 keer, de kinesist regelmatig [6]. Dus de tijdsbesteding van de kinesist is al een super meerwaarde, het persoonlijk contact ermee, het lichamelijk contact zelfs is ook zeker een grote meerwaarde bij de kinesist [6]. Natuurlijk zijn kennis in verband met de revalidatie maar ik denk dat de kinesist als persoon een zeer belangrijke rol speelt in de revalidatie, meer nog dan mijn persoon [6]. Zelfs zonder empathie kan ik misschien een goede chirurg zijn bij wijze van spreken, ik hoop dat empathie er bij mij ook komt, maar bij een kinesist is empathie denk ik heel belangrijk [6].

Moderator: Zou u nog even over competentie, U spreekt over communicatie, tijd nemen maar waar ligt voor u zo de duidelijke, ik zou zeggen intrinsieke competentie van de kinesitherapeut?

A4: De empathie, het stimuleren van patiënten, het motiveren van patiënten om verder te gaan en hun grenzen te verleggen, ik denk dat dat de grote competentie is, dat ze tijd hebben en daarvoor ook geschoold zijn [6].

A2: Ik denk ook voornamelijk in het musculoskeletaal stelsel dat ze natuurlijk zeer competent zijn en ik denk bijvoorbeeld als er een verwijzing is van de huisarts dat niet iedere huisarts even geïnteresseerd is in het musculoskeletaal stelsel [6]. Ik denk, ik ben wel eerder van mening dat er misschien wel altijd een dokter in meer of mindere mate aan te pas moet komen maar eerder dan voor het uitsluiten van rode vlaggen of alarmsymptomen [3] en dan dat een huisarts kan zeggen die zich daar niet aan interesseert: ok ik ben er zeker van dat de rugpijn niet komt door iets aan de aorta of iets dergelijks, ik geef u eigenlijk volledig aan de kiné en die kan dan musculoskeletaal/gewrichtsmatig gaan kijken en heel specifiek zijn behandeling daar op richten [6].

Moderator: Ok, ik zie u wat knikken A3?

A3: Ah ja. Even die empathie beklemtonen hè en pas op de kinesist staat er hè en dat heeft te maken met die frequentie dat de patiënten toch [6]. Ik zie dat heel vaak op controle dat een patiënt zegt: dokter, mijn kinesist heeft gezegd dat .. Dus een kinesist heeft zijn plaats in het geheel dus ten eerste heb ik daarstraks gezegd talent, opleiding is er, ook zijn plaats, een patiënt.. dat is er gewoon.. [6] Nu, competentie, waar dat verhaal ligt, ik ben daar tamelijk duidelijk in [6]. Ik wil eerst zeggen waar ze absoluut niet moet liggen. Ze moet absoluut niet liggen bij de medische diagnostiek [7]. Als we daar naartoe gaan, zelfs op musculoskeletaal vlak, dat gaat niet goed [7].

Competentie in de kinesitherapie vind ik vooral, veel sterker dan wij allemaal, ligt vooral op functioneel vlak, functiemetingen, bewegingsonderzoek, krachtmetingen [6,7]. Dus niet zozeer de medische diagnose maar het maken van een functioneel bilan van het bewegingsapparaat [7]. Dat kun je perfect aan een kinesist toevertrouwen om enerzijds een bilan op te maken, daar kun je dan eventueel zelf als dokter ook nog iets mee doen of zo, uw eigen diagnostiek of zo [7]. Maar anderzijds dat functioneel gewoon gebruiken, laten gebruiken, als startbasis voor de kinesist om vanuit dat functioneel bilan, ik zeg maar, een revalidatieplan of een behandelplan op te maken [6,7].

Moderator: Kan dat voor u misschien.

A3: Dat vind ik eigenlijk en dat stel ik altijd vast bij mij in het revalidatiecentrum en ook in de extra muros kiné praktijken, privé kiné praktijken, dat stel ik ook wel vast dat dat toch wel iets is, dat komt altijd zeer goed uit de verf. Als ze zich ergens.. dan is het toch wel van het moment dat ze zich op diagnostisch vlak begeven, op medisch diagnostisch vlak [7].

Moderator: Kan u daar eens, wilt u eens even speciëren binnen uw ervaring, locomotoriek ofzo of musculoskeetaal, wat dan een voorbeeld van het verschil tussen medische diagnostiek waarvan u zegt daar moeten ze niet zijn en van functionele diagnostiek dat is hun competentie. Kan u daar uit uw ervaring eens een voorbeeld van geven?

A3: Ja, zoals u zegt het is dus voor ons al heel, ik ga nu niet pretentius zijn.. het is al heel moeilijk om, enfin, lage rugpijn sowieso al [7]. We zeggen zo graag dat 80% van lage rugpijn dat dat specifieke rugpijn is of dat dat banale rugpijn is of ik weet niet wat. Kom, soit, dat is een andere discussie. Iets voor de hand liggender daar kunnen we ons meer bij voorstellen. De schouder, de schouders. Ik denk dat wij al dikwijls heel hard moeten gaan nadenken en God weet welke hulpmiddelen nodig hebben van technische aard om ergens toch maar een specifieke anatomie pathologische diagnose te stellen, een structuurgerichte diagnose te stellen dus dat is zo al moeilijk in een ziekenhuissetting met die medische apparatuur dat wij als ... [7,8] dat blijft dus een zeer heikelijke zaak dus dat vind ik toch wel iets dat ...

Moderator: En dat kan de kiné bij dit soort van pathologie volgens u wel goed?

A3: Juist ja en dat is inderdaad zo, dat is dan weer het nadeel dat wij hebben, wij worden overstelpt met medische informatie, maar ik wil geen scanners van de schouders maken, wij worden er allemaal ziek van als we onze eigen schouders zouden zien bij wijze van spreken dus wij worden overstelpt met medische gegevens van een patiënt maar dat wil dan niet altijd zeggen dat dat functioneel belang heeft voor die patiënt [6,7,8] en dat vind ik dus het sjeke ervan hè enerzijds zeg maar een structuur diagnose plaatsen op medisch niveau en een functie diagnose plaatsen of een functie bilan maken op kinesitherapeutisch niveau en als je dat kan samenbrengen dan ben je een heel eind verder denk ik [1,6,7,8].

Dus ik heb graag dat ik aan een kinesist mag een verwijzing meegeven met inderdaad een medische diagnose waarvan ik dan inderdaad hoop dat hij die medische diagnose ergens kan kaderen in een functioneel plan met beperkingen en met mogelijkheden en met doelstellingen [5,6,7]. Zo zie ik dat een beetje hè.

Moderator: Misschien reacties nog?

A1: Ik sluit daar grotendeels bij aan. Ik denk dat je de 'core capacity' van kinesisten kunt het beste beschrijven naar beweging, maar wel beweging waar het fout loopt, fout gelopen is om terug te recupereren, preventief dus waar ook met andere woorden, voorwaarden voor hulp nodig zijn want een hele hoop bewegingsrecuperatie of dingen hoeft ge niet te medicaliseren, dat is iets 'des mensens' en uiteindelijk dat moet ge dan ook durven omschrijven of afbakenen in het terrein waar echt hulp nodig is om die beweging te herstellen, te onderhouden of te verbeteren eigenlijk hè [6,7]. In die zin sluit dat aan bij functioneel [7]. Ik sluit ook aan bij het 'hou u ver van medische diagnostiek' niet omwille van dat dat op ons terrein zou komen of zo iets, maar eigenlijk ook een beetje uit 'het is maar medische diagnostiek' [7]. In de evolutie waarin we nu bezig zijn, ik ga een ander voorbeeld geven, arbeidsonbekwaamheid, waar men altijd zat te zoeken wat is hier nu de diagnose daarachter enzovoorts. De evolutie nu is juist andersom: wat kunnen die mensen nog, wat hebben die nog en daar werken we op door, via trainingsbegeleiding enzovoort om die terug te herintegreren, daar zie je veel betere resultaten [7]. En in die zin wat de medische diagnose ook is heb je eigenlijk een vertrekpunt naar beweging toe, wat kunnen we behouden, wat kunnen we recupereren enzovoort [7]. Dus daar ligt volgens mij ook een belangrijke core capacity [7]. Overschakelend naar die autonomie wil ik nog een keer stellen dat een autonoom werkende kinesist dat is een aberratie [1]. Daar zie je juist de fouten optreden, juist hetzelfde als een autonoom werkende huisarts [1,3]. Ik heb in mijn kringen collega's die nooit naar navullingen komen, die heel weinig communiceren enz. Ik heb daar enorme schrik van [3]. Je ziet daar inderdaad enorme fouten [3]. Ook een reeks specialisten die geen brieven sturen, die zich afsluiten enz. Ik stuur daar geen patiënten naartoe. Niet omdat ik geen brieven terugkrijg maar omdat ge wantrouwt wat daar gebeurt [3,4,5]. Die mensen toetsen zich niet en die toetsing heb je nodig omdat ge eigenlijk ook wel [9]want als de vraag op tafel ligt naar autonomie dan zet je direct ook de vraag naar een systeem waar kwaliteit in de beroepsgroep bewaakt moet worden, gedragen moet worden, verbeterd moet worden en bijgestuurd moet worden en dat is het wat moet en dat is er zeker nog niet [1,9]. Op dit moment kan je daar niet van spreken.

Moderator: U bedoelt nu bij de kiné of bedoelt u...?

A1: Ja, ja, allez, ik zie daar geen resultaten van. Hoe dikwijls dat ik mijn tijd moet steken in, hetzelfde voorbeeld als collega. 'Ja, mijn kinesist heeft gezegd: nu moet er een scan gebeuren' van een rugprobleem [8]. Moet ik proberen die persoon te overtuigen dat er eigenlijk geen scan meer moet gebeuren. Waarom, het is een functioneel... die kinesist komt tegen een limiet terecht, die zegt van: ik kan niet meer verder dus nu moet er een scan gebeuren [4,5,8]. Die had de telefoon moeten nemen of een briefje om te zeggen: ja, kijk, dit gaat niet meer verder en nu moet gekeken worden: moet er niet verder een diagnostiek gebeuren en dan kan ik hem terug zeggen van: ja dat is misschien wel een goed idee maar daar en daar en er zijn geen enkele tekens van ischialgie enz [4,5].
Nee, wat doet die kinesist? Die pakt het aureool van de medische wetenschap en zegt van: Ha, er moet een scan gebeuren [4,5,8]. Op die manier krijg je eigenlijk zelfs, ja, een lawine van vertechning, van, van, ja waar is de kwaliteit van die zorg, wat is de meerwaarde van die kwaliteit nihil is [8]. Dus je moet werken niet met autonoom werkende entiteiten, je moet werken met samenwerkende entiteiten, waar je evengoed de artsen moet verplichten van... [1]

Moderator: Maar, dus ik volg zeker wat u benadrukt en ik denk dat dat ook heel goed is. Anderzijds is mijn vraag ook: hoe verhoudt zich de competentie van de kinesitherapeut in uw ervaring tot een bepaalde autonomie binnen die competentie, niet in het samenwerken?

A1: Letterlijk diegenen die nu al op de vloer want ik weet ook nog van de ... ja ik ben al 15 jaar huisarts. Voor dat men limieten zette op de aantallen behandelingen waren er ik weet niet hoeveel aberraties [11]. Dus uiteindelijk voor mij zijn de kinesisten er nog altijd die zo willen werken en zie ik nog altijd een hoop kinesisten die bijvoorbeeld, osteopaten is daar het voorbeeld van, die geen enkele limiet hebben, ook niet naar terugbetalingen toe [4,11]. En die doen dat ook hè, die toetsen zich niet [9]. Ik zou daarvan kunnen leren van wat zij in te brengen hebben, maar dan moet er een communicatie zijn, dan moet er een toetsing zijn [5,9].

Moderator: Maar waar ligt de positieve competentie, want nu hebt u het over wat ze niet kunnen, wat ze niet goed doen. Maar de kinesitherapeut: waar ligt zijn mogelijke autonome competentie die hij als dusdanig zelf kan dragen, uitvoeren?

A1: Ja, zoals daarjuist gezegd, het zijn specialisten op het gebied van de beweging, onderhoudsbeweging, recuperatiebeweging [6].

Moderator: Beweging ja.

A1: Dus daar ligt niet de enige 'core competentie' hè. Je kan op het gebied van specifieke pathologiën ook... bijvoorbeeld peesontstekingen enz. Daar heb je niet direct een bewegingsprobleem maar daar heb je een pijnprobleem, daar zou je eigenlijk... of een pijnprobleem gekoppeld aan een bewegingsprobleem [6]. Je zou je kunnen focussen op het pijnprobleem. Daar heb je als kinesitherapeut technieken waar ik niet ga uitmaken wat daar nu juist moet komen hè [6].

Moet daar nu een shockwave komen, moet daar nu een elektrotherapie komen, een UV of moet daar nu ijs/fricties komen of excentrische oefeningen of weet ik veel wat, ja. En dan is de focus pijn, niet... Alleen vraag ik mij ook af: flink wat kinesisten werken niet 'evidence based' en ja, let op: flink wat dokters werken ook niet evidence based en als je dan zou kijken van welk onderdeel van onze dingen echt evidence based is, we zouden schaamtevol moeten terugkrabbelen, maar toch het is een principe waar we naartoe moeten. Heel wat kinesisten doen er dingen bij, zoals accupunctuur of dingen waarvan je bij sommige dingen wel enige evidence hebt, maar andere dingen waarvan je zegt wat is dat hier hè [3,9].

Moderator: Evidence based daar komen we straks op terug maar anderzijds moet ik toch effen terugkoppelen naar veiligheid toe. In de zin van als je de autonomie of de competentie autonomie van de kinesitherapeut zou opdrijven dan komt, als ik het goed begrepen heb, voor een stuk ook de veiligheid in het gedrang wanneer het gaat over bepaalde, een beetje differentiaal diagnostische competentie en zeker naar de medische diagnostiek toe. Heb ik het goed begrepen, is dat voor u een belangrijk punt om niet mee te gaan in het verhaal van de autonome kinesitherapeut?

A4: Ik denk als ik kan spreken toch meestal advies zou geven, maar hem dan zou waarschuwen voor die rode vlaggen inderdaad en veiligheid [3]. Ik zou ze wel, omdat zij iets van bewegingsleer kennen, mogen ze van mij, in mijn ogen, wel een groot deel van de diagnostiek doen als het op basis van klinisch onderzoek gaat maar ze moeten weten dat ze daar, zoals wij, ook beperkt zijn, dat ze af en toe wel technische onderzoeken nodig hebben en dat is dan weer de taak van de arts denk ik [1,6,7,8]. Maar ik geef ze wél een zekere autonomie maar er moet het besef zijn dat er risico's zijn en dat moet elke specialist weten, dat moet de apotheker weten, dat moet de kinesist weten, dat moet de osteopaat weten, dat er risico's zijn, dat bedoel ik [1,3]. En ze moeten daarin opgeleid worden dat er bepaalde rode vlaggen zijn waar ze moeten doorverwijzen [3,6].

En in principe kan een kinesist, volgens mij, heel wat bereiken met zijn ervaring in de bewegingsleer, dat geloof ik wel [6]. Dus ik geef hen wel graag dat respijt en die eer naar hun competentie toe maar ze moeten ergens beperkt zijn [6]. En ik denk dat daar een enorme evolutie naar is. Ik denk dat kinesisten het klinisch onderzoek nu veel beter kennen en ik zie ook goed doorverwijzingen van kinesisten, onderbouwd en ze schrijven erbij van dat en dat, dokter graag verder advies bijvoorbeeld [5,6]. Wel dat vind ik ideaal dus ja... Maar wij moeten onze beperkingen kennen en de kinesist ook dus dat moet ik zeggen. Daarom dat ik ze wel een zeker respijt geef en autonomie zou geven maar mits goede... [1]

Moderator: Als ik nu nog een stapje verder ga want we moeten... Een focusgroep probeert natuurlijk altijd ook een klein beetje het brandpunt op te zoeken en dat is inderdaad al een aantal keer hier gevallen: dé directe toegang tot de kinesitherapeut. Dat is wat in Nederland al een aantal jaren is. Ik moet liegen maar ik denk sinds 2006 waar men ook ziet dat tegen alle verwachtingen in zowel op het niveau van consumptie als van, hoe zal ik zeggen, misbruik en tegelijkertijd ook problemen het veel veel beter meevalt en integendeel zelfs een positieve trend is. Men had dat niet altijd, niet alle actoren hadden dat verwacht. Maar goed, laten we het even hier houden..

A4: Dit is er nog niet zo hè. Dat ze moeilijker aan een specialist geraken dan aan een kinesist wil je zeggen?

Moderator: Ja maar laten we heel even als het mag... Stel nu dat, puur wettelijk gezien, er een rechtstreekse toegankelijkheid komt met inderdaad daaraan gekoppeld geen verplicht voorschrijfgedrag meer, ook geen beperking in tijd en ruimte, en dat is wat ik bedoel met autonomie nogmaals zeer duidelijk binnen een interdisciplinair veld, laten we dat nog even nog benadrukken. Maar goed, dat is dan toch een beetje de stok in het hoenderhok want ik heb eigenlijk al een beetje gehoord dat niet iedereen dat zou zien zitten denk ik dan. En het zou toch zo zijn hoe kan dat? En hoe zou dat kunnen? Wat roept dat op bij u?

A3: Dat kan niet. Dat mag niet zijn. Dat kan en mag niet zijn hè. Dat gaat niet hè. Dat gaat niet. [4] Gelijk ge zegt hè. Hier kom ik bij mijn deelautonomie hè [1]. Dus nogmaals hè, absoluut geen diagnostische autonomie [1,7].

Dat geeft niks, dat geeft alleen maar de ene fout na de andere, het ene probleem na het andere [4]. Ik moet veel te vaak kiné stoppen omdat ze fout gestart zijn, veel te vaak, bijna... [4] Nee, geen diagnostische autonomie, absoluut niet [4,7]. Dat moet... is, is, is... De medische diagnose, de studie is té lang, té uitgebreid, zeker als ge als specialist zo een diagnose moet stellen, ik bedoel, en vaak dan heb je het nog moeilijk, dan heb je nog inderdaad in het ziekenhuis nog contacten, nee, absoluut niet [4,7]. Verregaande behandelautonomie op basis van mijn medische diagnose en dat is het enige wat op dat voorschrift hoeft te staan [1]. Ik hoef zelfs, voor mijn part, het is verplicht, voor mijn part hoeft daar zelfs niet het aantal behandelingen op te staan, want dat is toch wettelijk beperkt dus dat hoeft niet. Dus ik hoef daar niet op te zetten of dat 6, 7, 8, 9 of 10 behandelingen moeten zijn, hoeft niet. De therapeut en de patiënt zullen samen wel zien op welk moment dat zij inderdaad klaar zijn om terug mekaar los te laten. De medische diagnose is het uitgangspunt en dan geef ik inderdaad op basis van die medische diagnose de kinesist de autonomie om inderdaad zelf een functioneel bilan op te maken, een behandelplan op te maken en om dan inderdaad de behandeling nadien te evalueren, wat hebben we bereikt, daar een verslag van op te maken en dan terug te koppelen [1,5,6,7]. Verregaande autonomie op basis van een medisch voorschrift, op basis van medisch... [1]

Moderator: Dus daar zit nog ergens een... een voet tussen de deur zullen we het even noemen hè met die ...

A3: Nee, geen voet tussen de deur maar zowel de patiënt als de kinesist een goede uitgangspositie geven die hun ook ... dan zijn er ook geen veiligheidsproblemen en dan zijn er ook geen verantwoordelijkheidsproblemen in die zin van: er kan dan ook weinig misgaan want ik zal geen patiënt naar de kinesist sturen als mijn medische diagnose dat nog niet toelaat [3].

Moderator: Maar wacht even, voor alle duidelijkheid. Wat er achter de vraag schuilt van rechtstreekse toegankelijkheid is, en ik sluit even aan bij het voorbeeld van A2, een patiënt, niet een patiënt, een mens hè, hij ervaart rugpijn, nekpijn, pijn aan de knie en zonder al dat gedoe dan en zo verder en zo voort en kan en mag dus binnen dat systeem dan de maandagochtend gewoon naar de kiné gaan en eigenlijk wat dat betreft, om het even op spanning te brengen, de huisarts passeren hè, dat zou in directe toegankelijkheid, althans in theorie, kunnen hè.

Nogmaals interdisciplinair is dat zeker niet wenselijk, maar we gaan even daar van uit. En dan geeft u net al gezegd van, ik geef, of ik wil de kiné wel zijn krediet geven binnen dat muscoskeletaal stuk, zou dat scenario dan kunnen voor u?

A4: Onder bepaalde voorwaarden, ja. Ik denk dat we dan gewoon het voorbeeld moeten pakken van de osteopaat [4]. Dat doen ze nu ook. Ze gaan zo al naar de osteopaat, zonder voorschrift, maar ook zonder terugbetaling en dat moeten we ook zo koppelen [4,11]. Wat gratis is is niet altijd goed [11]. En wat gratis is wordt over-geconsumeerd [11]. En als we met terugbetaling zouden werken en dat is voor de patiënt heel goedkoop dan gaat er een overconsumptie gebeuren en dan gaat de maatschappij er onder lijden als elke voetballer maandag 's morgens naar de kinesist gaat gaan, dan zou ik zeggen: njet [11]. Dan zou ik ook zeggen njet. Maar als men zou kunnen zeggen van: 5 beurten kost u zoveel of is zelfs gedeeltelijk terugbetaald, dan zou ik nog zeggen: ja, waarom niet [11]. Maar, dus ik zou ze zeker toegang geven maar dan met duidelijk gecontroleerd consumptiegedrag [11]. Want daar gaat het dan over, dan gaat het over consumptie [11]. Een patiënt mag zomaar naar de Delhaize stappen, ah nee sorry de kinesist bedoel ik, om iets te kopen, dat is hetgeen u zegt. En dan zeg ik nee, dan moet daar inderdaad ook iets tegenover staan. Ik denk dat de kinesist daar een rekening wil maken en dan zal het beperkt zijn [11]. Maar in die zin denk ik dat, dat ... Het is zoals het bij de osteopaten al jaren werkt, daar betaalt de patiënt het ook [4,11].

Moderator: Delen jullie die mening? Ik kijk gewoon naar jullie als huisarts want dat is dan, komt denk ik relatief dichterbij wanneer zo'n wetgeving er zou komen?

A1: Voor mij mag dat, maar ik heb daar vooral de vragen bij die ik daarjuist al gesteld heb [3]. Ik heb geen vertrouwen in een opleiding alleen als kwaliteitscriterium [3,9]. U moet een systeem creëren waarbij je de garantie krijgt van de kwaliteit van zo'n zorg [3,9]. Ik weet niet hoe dat in Nederland is maar voordat ik dat zou durven, ik zit nu even niet in de huisartsmantel, maar in de overheidsmantel, voor dat ik dat open zou stellen dan wil ik mijn kinesisten pakken in een accrediteringsnetwerk [9].

A4: We hebben het gevoel dat er geen bijscholingen zijn daar [9].

A1: En dan kruip ik terug in mijn jas als huisarts. Als de kinesist zich als autonoom functionerend specialist in de bewegingsleer gaat noemen, dan verwacht ik een verslag, ook al stuur ik hem niet door [4,5]. Want dat dossier moet volledig zijn en ik moet volgen, dat is wel mijn taak als huisarts, om overzicht te houden van wat hier allemaal aan het gebeuren is met die patiënt, zodat ik eigenlijk kan zeggen, sturen, daar, daar, daar [3,4,5].

Hij mag inderdaad gerust, zelf zijn ingang naar de zorg zoeken. Op voorwaarde dat het een kwaliteitsvolle zorg is, dat die getoetst wordt, dat daar garanties op komen en dat er, hoe zal ik zeggen, afspraken rond communicatie komen [5,9]. Nu, verslagen is maar één vorm van communicatie [5]. De slechtste manier van communicatie is via de patiënt [4,5]. Ik heb daarjuist in de auto nog gezegd, dat is bij mij gebeurd hè. Bijvoorbeeld: ik schrijf excentrische oefeningen en ik druk aan de patiënt: 'Je moet écht wel je oefeningen doen hè!' en ik zie de patiënt 10 weken daarna terug en ik zeg: 'En ben je bij de kinesist geweest?' 'Ja, ja.' 'En wat heeft die gedaan?' 'Ja, gemasseerd en hij heeft zijn elektrotherapie gedaan en...' En ik zeg: 'Ja maar ja en oefeningen?' 'Nee, nee hij heeft dat en dat gedaan, massage enzovoorts' 'Ja maar en die oefeningen?' 'Gewoon, nee, hij heeft dat gedaan en dat gedaan.' 'Ja maar zeg, ik heb dat toch geschreven. Ik heb het gezegd. Je moest het hem vragen' [4,5] En dan zie ik de kinesist in ons overleg en wat heeft die gedaan? Oefeningen, niet alleen, niet anders dan oefeningen en die massage was zo even erbij, dus de communicatie via de patiënt is totaal de mist in gegaan [4,5]. Dus de patiënt heeft gezegd die massage en die elektrotherapie dat was de essentie van de dingen en die heeft dat onthouden en die heeft dus heel die oefeningen pffft ... [4,5]

Moderator: Dus u heeft een duidelijke bezorgdheid naar kwaliteitsbewaking, kwaliteitsindicatoren, dat is wat u zegt en communicatie.

A2: Ik weet niet waar de Nederlanders staan maar ik denk dat de Nederlanders wel op dat gebied net iets verder staan, bijvoorbeeld over kwaliteitsindicatoren, het meten van de functie, doelstellingen, doelstellingen gehaald of niet, oké [9]. Dus ik denk als je in Nederland zou proberen of het wordt ingevoerd, die zijn meesters in het protocollen maken en die protocollen ook uitvoeren [9].

In België, enfin, in Nederland is het zwart-wit, in België is het altijd grijs, altijd achterpoortjes en ik denk dat je hier dan in België sneller in een overbelasting van het systeem komt door overconsumptie van de kinesisten [11], vrees ik een beetje gewoon door de algemene tendens van de Belgen ten opzichte van Nederlanders. Ik denk dat het in Nederland veel gemakkelijker is bijvoorbeeld, sporter, lage rugpijn, 5 beurten. Die schrijven daar een protocol voor uit, wat die allemaal wanneer moet kunnen en als ze daar niet in slagen bijvoorbeeld verwijzen naar de arts [9]. Zoiets kan ik mij perfect inbeelden dat dat in Nederland gebeurt, maar ik weet niet of dat in België ook zo goed gevolgd zou worden.

A4: Ik denk dat de communicatie, zoals A1 ook zegt, van groot belang is van de kinesisten naar ons en daar schort het nog wel eens [4,5]. Ik zal nog eens het stoute voorbeeld van de osteopaat aanhalen [4]. Ik zeg tegen de patiënt altijd: kies er een die kan schrijven [4,5]. En dan kijken de mensen zo... Ik zeg: ja want ofwel is die met iets illegaal bezig ofwel weet die niet wat hij doet ofwel kan die niet schrijven [4,5]. Ik heb nog nooit een brief gekregen en ik durf dat over kinesisten soms ook zeggen: waar, waar... de kinesist heeft dat en dat gedaan [4,5]. Waar is dat verslag dan? Ja maar, hij heeft dat of dat gedaan. Communiqueert dat eventjes [4,5]. Als ik een patiënt zie die van u komt zonder dat ik die verwezen heb, krijgt M. van mij een brief, zelfs al heeft M. die niet verwezen [4,5]. Dat hoort in zijn EPD te zitten, in zijn elektronisch patiënten dossier van de patiënt, dat ik die gezien heb, hij krijgt een brief [4,5]. En zelfs als de patiënt om een 2de mening komt, in 8 op de 10 gevallen stuur ik de collega-chirurg ook een brief [4,5]. Dat is communicatie. Zal die kwaad... Die zal misschien kwaad zijn dat er een second opinie gebeurd is, maar dat hoort in die communicatie, in die zorg voor die patiënt hoort dat erbij dat die ander weet dat ik die gezien heb, die second opinie [4,5]. En dat is met kinesisten toch ook niks [4,5]. Ik heb soms problemen met mijn eigen collega's dat ik brieven stuur naar kinesisten omdat dat allemaal per post gaat en dat kost nog altijd meer dan mailing breach. Maar er is nog altijd geen elektronische communicatie met kinesisten [4,5]. Dat is ook iets waar ik zou willen op hameren dat die communicatie ... in concreto kan verbeteren door een betere communicatie [5]. Nu moet ik die allemaal een brief schrijven, een beetje ouderwets en mijn collega's zeggen: zeg, dat kost geld. Ja, dat kost geld want naar collega's-huisartsen is het elektronisch [5]. En dat moet in 2 richtingen zo zijn [5]. Ik hoor dat er nu nieuwe software pakketten zijn bij kinesisten die dat zouden moeten toelaten [5]. Ah bon, als we op gelijk niveau willen werken, hoop ik inderdaad dat er een elektronisch verslag komt met respect voor de privacy, in 2 richtingen en dan is dat... [5]

Moderator: Is dat wat u bedoelde, in het begin had u het over het wederzijds respect.

A4: Ja, ja, en op dit moment is dat moeilijk omdat een patiënt zijn kinesist vaak op voorhand niet kent, patiënt moet nog kiezen in zijn buurt na zijn operatie. Maar idealiter zou de patiënt inderdaad al zijn gegevens moeten meekrijgen en aan de kinesist doorgeven en ik moet daar een antwoord van krijgen en dan is dat wederzijds respect [2,5]. En dan lukt dat volgens mij wel en dan ga je direct zien welke kinesist zijn werk kent en niet kent en als hij dan ook nog bijscholing kent dan zal ik daar wel op vertrouwen [5,6,9]. Want hoe doen wij dat nu? Als ik een congres geef voor kinesisten hou ik die lijst bij. Dat zijn mensen die op bijscholing geweest zijn en daar stuur ik mijn patiënten naar, die zich inschrijven op mijn congres, zo doe ik dat [9]. Dus dat bedoel ik, dat is een accreditering die ik zelf moet toekennen want een accrediteringslijst voor kinesisten heb ik nog niet gezien en op die manier beschouw ik de kinesisten die naar onze opleiding geweest zijn als geaccrediteerd [9].

Moderator: Denkt u, als we zo langzaam naar het einde toe evolueren, om wanneer we met kinesisten spreken, met kinesitherapeuten liever, dan valt ons op dat er toch nog steeds een aanvoelen is van: hoe moet ik mij ten opzichte van die arts, kan, moet of mag ik mij profileren? Er zit nog heel duidelijk de oude piramide in, die is er, we kunnen dat niet ontkennen. Ik heb ook het idee dat daar toch ook impliciet hier vaak wat naar verwezen wordt, naar lengte van studieduur en competentie en verantwoordelijkheid.

A4: Ik weet niet wat, maar zij hebben wel 5 jaar bewegingsleer gedaan [6]. Ik weet dat bij ons maar 3 weken bewegingsleer werd gedaan [6,10]. Ik vind dat kinesisten, in tegenstelling van wat mijn collega's zeggen, daar juist jaren met beweging bezig zijn en in de opleiding ben ik wel orthopedist, maar als huisarts maar een paar weken met bewegingsleer bezig zijn dus ik geef hen wel dat respijt [6,10].

Moderator: Ik vind het goed dat u die voorzet geeft want mijn vraag was eigenlijk: hoe zouden wij als kinesitherapeut ons ook wat beter en duurzamer kunnen profileren naar de artsen toe, huisarts, specialist even samen genomen. Want inderdaad er is ook een asymmetrie in de andere richting namelijk dat wij weliswaar op een kleiner domein langer zijn doorgedaan.

A4: Natuurlijk, natuurlijk [6].

Moderator: Dus hoe zou dat, wat zou u ons meegeven zal ik het zo vragen? Stel dat er een directe toegang is... U heeft al een aantal dingen genoemd natuurlijk, rond communicatie en kwaliteitsbewaking. Wat zou u vanuit uw ervaring ons meegeven?

A1: Alle dingen die mijn collega hier noemt zijn belangrijk, zowel aanbevelingen als protocol zijn houvasten, houvasten zowel voor de kinesist die zich geaccrediteerd wil, of toch proberen... [9]. Wij moeten ook als huisarts meer en meer van die protocollen... dat is ambetant hè. Wij proberen nu al een jaar geen antibiotica niet meer voor te schrijven enzovoort maar je wordt daar langs alle kanten door gepusht. Je hebt collega's ook die proberen daar hun voeten aan te vegen zoals je overal hebt. Maar dat maakt dat je een basis creëert van zekerheid.

Moderator: Dus je hebt het over een protocol?

A1: Kwaliteit. Het protocol of de aanbeveling als basis van wat er geboden wordt aan zorg [9].

Moderator: Ok en dan de communicatie is heel vaak teruggekomen en de kwaliteitsbewaking. Wat zou u nog ...?

A2: Ik zou nog even iets over die communicatie willen zeggen. Ik denk op zich dat ze zich niet moeten profileren. Ik denk dat je als arts gewoon een korte nota meekrijgt, als ze van iedere sessie bijvoorbeeld één zinnetje zouden noteren, gewoon de basis en dat je dat dan terugkrijgt en dat je ziet wat de patiënt gedaan heeft en daar eventueel een opmerking bij, dat moet niet meer zijn dan die paar kernwoorden [5].

Dan, denk ik, dan weet je ongeveer wel wat die kinesitherapeut gedaan heeft en dan kan je een beeld schetsen van het profiel dat gebeurd is. Want ik ben enorm voorstander van open communicatie [5]. Ten eerste al een medisch dossier voor alle artsen waar iedereen in kan [5]. Maar zo ben ik ook voorstander van communicatie met paramedici, bijvoorbeeld psychologen, bijvoorbeeld kinesitherapeuten [5]. Maar vanuit hun zelf, zij zijn soms nogal weigerachtig ten opzichte van communicatie [4,5]. Bijvoorbeeld van psychologen moet je vaak, verbeter mij als ik mij vergis, maar een verslag vragen, oei, dat mag niet [4,5]. En als ikzelf bij mij eigen kinés in het ziekenhuis vraag ergens kort in het dossier noteren: wij hebben vandaag lopen met looprek, dit, dat dan is dat soms ook al veel gevraagd [4,5]. Dus ik denk als ze gewoon een korte nota zouden geven en communiceren dat die profilering dan vanzelf komt [5].

Moderator: Ik zou nu verwachten... ik misschien...

A3: Ik denk wel dat als ge dat bij uw aanvraag doet, bij het medisch voorschrift voor de kinesitherapie, bij het medisch voorschrift voor de kinesitherapie hè, met uw diagnose, en de modulefrequentie, het aantal behandelingen op schrijven en als je daar even bij noteert: kijk, deze patiënt heeft inderdaad een E-pathologie of je mag daar gerust een F-pathologie voor aanvragen, dat kunt ge daar bij opschrijven en dat vink ik ook altijd aan, van deze patiënt had ik graag een verslag terug hè en dat wordt toch wel vaak gehonoreerd [5].

A2: Dus u vraagt gewoon een verslag? [5]

A3: Ja, ik vraag gewoon een verslag. 'Graag een verslag na de behandeling' en dat wordt dan meestal wel... [5] Bij mij in het ziekenhuis sowieso altijd bij alle paramedici, ergo, psycho, altijd een verslag maken [5]. En dat zijn degelijke verslagen zulle, want die kunnen dat goed zulle, binnen hun kennis en kunde, met andere woorden binnen hun domein [5]. Ze moeten daar niet buiten gaan, dat hoeft niet want zij moeten hun domein... En, nee, dat is heel waardevol [5].

Moderator: Als we dan vakinhoudelijk even kijken want het gaat hier over communicatie en interactie, allemaal zeer goed maar puur de droge materie, vakinhoudelijk en we kijken naar Meroleven als voorganger dan is één van de redenen, nee sorry, één van de hiaten die opgevuld dient te worden om die rechtstreekse toegankelijkheid te verdienen laat ons maar zeggen is een bijscholing in zowel een stukje medische beeldvorming als farmacologie. Dat zijn 2 hiaten die ... Dus laat ik dit nog eens even aanvoeren: hoe sta je daar tegenover? De kiné die, binnen de nodige kwaliteitsindicatoren, de vorming kan voorleggen naar...

A1: Voor mij mag dat als dat dossier er is [5]. Zodat hij kan checken als hij Ibuprofen voorschrijft dat die patiënt geen maagzweer gedaan heeft daarvoor. Want die patiënt weet dat niet meer. Ja. [5]

Moderator: Ok.

A1: Dus, ok als daar.... als heel dat systeem toegankelijk is, dat wil zeggen dat hij zich moet openstellen om daar aan toe te leveren aan dat dossier, dat hij daar moet kunnen gaan kijken en dat hij weet wat hij kwaad kan en dat hij, niet zoals eigenlijk al iedereen weet dat dat maagzweren kan veroorzaken en maagbloedingen, maar ook hartdecompensatie en nierfalen. Ja, dat wordt al erger hè. Want een hele hoop van zijn patiënten dat zijn 65-plussers en ja. [5]

Moderator: Van de kiné bedoelt u?

A1: Ja. En een hele hoop van die dingen moeten nagecheckt worden. Een hele hoop van mijn eigen collega's als huisarts houden dat zelfs nog niet eens goed in het oog. [5]

Moderator: Dus u hebt het nu over want bijvoorbeeld in Engeland is dat zo. Daar mag de kiné, de physical therapist is dat daar, mag daar de zachtere, de nsaid's en zo voorschrijven.

A1: En dan voor de toegankelijkheid naar de beeldvorming dan zou ik jullie als kinesisten willen waarschuwen, want voor je dat vraagt, denk na [8]. Want ge verknecht u aan die technische zaken [8]. Wij als huisartsen zijn daar een stuk vrij van, jullie als specialisten zitten daar in gevangen in het net van de technische dingen [8]. Een specialist die geen CT-scan doet heeft zijn job niet gedaan hè [8]. Terwijl als je dat hè, sorry hoor, maar zoals dat nu loopt heb ik daar de grootste vraagtekens bij. Dan gaat er een hele inhaalbeweging moeten komen op het veld over de manier waarop men daarmee zou omgaan. Moest dat loskomen nu dan zou daar er orkaan van dingen... [3]

Moderator: Laat ik het zo even op de spits drijven in die zin van: zegt u of hoor ik jullie zeggen van: Oké als die competenties in voldoende mate afgedekt zijn is het oké? Of zegt u: nee, die competenties hoeven daar, hoeven niet bereikt te worden door de kinesitherapeut?

A4: Ik denk dat je Nederland, dat je Engeland niet als voorbeeld moet nemen, in zekere zin. België is veel beter [6]. Ik denk dat die competenties niet binnen de kinesitherapie passen. Ik vond dat ik over de rest kon meepraten maar dat...

A3: Maar daar wint ook niemand bij, de patiënt niet, de dokter niet en ook de kinesist niet.

A1: Het is ook ons niet die je daar van gaat moeten overtuigen, het is de overheid die je gaat moeten overtuigen. Want de overheid gebruikt bijvoorbeeld ons huisartsen als barrière, als een voorzorg. Bijvoorbeeld bepaalde medicamenten die veel te duur zijn die mogen wij als huisarts ook al niet meer voorschrijven. Ik weet heel goed wanneer ik die moet voorschrijven maar ik mag ze niet voorschrijven. Waarom? Hè, reumatologische... terecht omdat dat gewoon veel te duur is. En als ik daar ergens een paar mensen te veel op zet is dat een barrière. Het is gewoon een puur een economische manier van doen. Plus het dossier daar bij moet dan zeker komen dat die protocollen daar moeten komen. [5,9] Eer dat er een NMR kan aangevraagd worden door een kinesist... die moet dat protocol... wanneer moeten die een NMR aanvragen? [9] Die moeten dat protocol volgen en je moet daar controle op hebben en dan kan je zeggen, oké, dat is voor mijn part iemand die... [9]

Moderator: Als we dan eens kijken inderdaad niet wat er zou kunnen zijn maar naar wat er al is dan is er bijvoorbeeld het... Er bestaat zoiets als het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Ik weet niet of jullie dat kennen maar daar is een nummer voor gereserveerd hè.

A4: Dat zijn diagnostische onderzoeken [10].

Moderator: Maar dat is dus iets wat niet echt ingeburgerd geraakt zullen we maar zeggen. Hoe zou dat dan komen? Want dat was eigenlijk bedoeld zodat de huisarts kan zeggen: ga maar eens even naar de kiné om binnen jouw competentie en diagnostische info om die naar mij terug te brengen.

A4: En de kinesist kan die dan als eerste raadpleging aanrekenen [10]?

Meesen Raf: Dat moet specifiek aangevraagd door de voorschrijvend geneesheer.

A3: Ik sta daar misschien voor open, functioneel, niet medisch [7].

Moderator: Voilà ik wil dus uitgaan van het feit dat... het bestaat al jaren... en zo zie je maar het is zelfs niet bekend, laat staan vaak gebruikt. Dus op zich is dat ook indicatief voor een bepaalde kloof misschien die er bestaat.

A2: Ik denk dat dat ook een beetje aansluit met wat ik eerder had gezegd. Het is dan wel op voorschrijven van een arts maar dan heeft die arts normaal gezien toch de rode vlaggen uitgesloten en dan vraagt die de mening van de kinesitherapeut, nee? [3,10]

Meesen Raf: Nee, nee, het is zo. Iemand komt bij u en je denkt: Oh, daar zit bijvoorbeeld een groot stuk in rond beweging, kinesiologie, enz. Dus ik ga voor ik nu een uitspraak doe over al dan niet behandelen bijvoorbeeld eerst een consult vragen, een consultatieve aanvraag aan de kinesitherapeut.

A4: Dan heb je wel de rode vlaggen bekeken hè [3].

Meesen Raf: Nee, nee, na het consultatief onderzoek geeft je kinesitherapeut niet het recht op behandelen... [10]

A4: Nee, nee, nee. Ok.

A2: Nee, nee, maar als huisarts kan je dan zeggen: ok, er zijn qua lage rugpijn geen rode vlaggen dus ik vraag op musculoskeletaal gebied de mening van de kinesist en dan komt dat terug en dan kunt ge als huisarts daar beter over beslissen omdat als bijvoorbeeld huisarts ge niet competent goed hebt over het musculoskeletaal systeem [3,6,7].

A1: Ik hanteer het wel al maar ik hanteer het ook zelden en dat komt eigenlijk omdat je dat....als je doorverwijst is het eigenlijk inherent dat je in je eerste contact eigenlijk ook vraagt aan de kinesist van: ja, wat denk jij ervan? maar direct ook.. je verwijst... want als ik bijvoorbeeld een knieletsel heb en ik verwacht dat daar mogelijks een hoop kraakbeenpathologie uit zou komen dan ga ik toch eerder naar een orthopedist lopen bij wijze [6].

Waarom? Omdat in het verlengde van de behandeling ligt een aanvraag naar de orthopedist, niet een medische aanvraag. Terwijl als ik denk het is een overbelastingsletsel, een verrekingsletsel, een traumatisch letsel enz. en ik heb eigenlijk weinig beeldvorming nodig dan ga ik zeggen van ik ga naar de kinesist doorverwijzen [6]. Die mag er zijn idee over vormen want in wat wij denken dat er gaat gebeuren is dat er eigenlijk advies komt van hoe moet je dat oplossen met bewegingstherapie [6].

A4: Hoe doe je dat in de praktijk? Je vraagt een consult aan, dan komt dat terug en dan vraag je, stuur je 9 beurten? [10]

A1: Dat doe je weinig. Waarom? Omdat je de patiënt dan heen en weer doet lopen.

Moderator: Voor een stuk komt dat omdat er, eigenlijk is dat een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, een stuk artefact van het niet mogelijk zijn van de directe toegang want eigenlijk de facto zou het kunnen zijn dat de patiënt of de mens naar de kiné gaat, dat de kiné zijn of haar ding doet en zegt van: hm... inderdaad, medisch gezien, hier voel ik me dus niet koosjer, dit is niet plus zoals ze in Nederland zeggen, u gaat best naar uw huisarts. Dus daar heb je dezelfde beweging maar die mag, die kan niet. Dus is dat consultatief kinesitherapeutisch onderzoek er gekomen, ik zou zeggen als een soort geste, een soort werkbare geste om dat diagnostisch contact mogelijk te maken. [10]

A1: Dan ga je hetzelfde hebben als bij de apothekers want bij de apothekers heb je dat nu wél. Want je kan naar de apotheker gaan en zeggen: wat heb je voor dit hier en wat... en af en toe krijg je dan inderdaad dat die apotheker zegt: nee, je moet naar je huisarts want dit is... Maar meestal, 9 keer op 10, sorry, 19 keer op 20 zijn daar eerst een hele hoop dingen voorgeschreven. Dat gaat juist hetzelfde gebeuren. Er gaat een boost komen van zorg die, ja, die eigenlijk, allez, daar hebt ge schrik voor [3,11]. Allez, nu ben ik weer. Ik heb daar geen schrik voor, dat ze maar doen wat dat ze willen hè, het is toch zorg genoeg, ik bedoel... beuh... de mensen moeten ook verantwoordelijkheid hebben. Maar dat is gewoon als maatschappij niet draagbaar gewoon zo van die zaken [11]. Zo'n systeem moet ge... als ge nu toch aan het structureren zijt dan moet ge eigenlijk samenwerkingsverbanden structureren, ge moet.... als, als... als jullie je beroep herdenken, herdenk dat.... en wij zijn dat ook, we moeten dat doen... herdenk dat in functie van: foert met wie huisarts is, wie, wie, wie kinesist is en wie psycholoog is enzovoort [1]. De patiënt, welke zorg komt voor de patiënt, eerstelijnszorg voor de patiënt, enz. Dus .. die dingen.. en dat delen van qua wat huisartsen nu doen: bloeddruk meten: waarom moeten wij dat doen? Bloedgroep trekken: waarom moeten wij dat doen? Dat wordt allemaal door huisartsen gedaan. Er zijn huisartsen die daar, ik weet niet wat, op leven eigenlijk om dat te doen. Dat mag gerust weg. Gelijk in Nederland, de eerste 3, 4 dage werkonbekwaamheid voorschrijven, waarom moet ge daarvoor naar een huisarts lopen? Dat is uw eigen verantwoordelijkheid als ge daarvan. Die 'baaldagen' zoals men dat noemt in Nederland.

Moderator: U bent inderdaad echt bezorgd naar het maatschappelijke stuk toe, de maatschappelijke draagkracht?

A1: Als de kinesisten niet bereid zijn van dat mee te pakken in de denkoefening van waar willen we naartoe, forget it, want iedereen van ons staat daar voor. Ook de ziekenhuisartsen staan daarvoor, moeten ook hun afhankelijk zijn van de technische onderzoeken enz. Dat is een probleem voor de ziekenhuisarts. Uiteindelijk is dat ook een deel van het hele... [3]

Moderator: Ok, ik ga dat zeker meenemen, dat is heel waardevol. Ik wil een laatste, allerlaatste vraag en dan zijn we misschien, in zekere zin, terug rond, aan jullie voorleggen. Als het gaat over wederzijds respect, daar zijn we mee begonnen, elkaar kennen, veel samenwerking. Hoe schat u de kinesitherapeutische kennis en vertrouwdeheid in binnen en vanuit uw eigen opleiding als arts? Dus, met andere woorden, hoeveel kiné moet er in een artsenopleiding zitten? Begrijpt u wat ik bedoel? Hoe ziet u daar een behoefte, een noodzaak, een win-win? Of zegt u: goh, we moeten al voldoende beheersen?

A5: Ik denk dat dat veel te weinig aan bod komt in de opleiding [10]. Omdat, het is al eerder aan bod gekomen hier dat dat gewoon, bij ons dan hè, als artsen dan hè, dat ik daar op dit moment ook veel te weinig over weet en ... [10].

A1: Hoe kan je dan respect hebben voor hun als je het niet weet [2,10].

A5: Ja, ja, dat is waar, dat is waar. Dat is heel moeilijk, ja [10].

Moderator: Het is heel mooi dat u dat wil en durft aanraden, want binnen hetgeen u dan kent, en natuurlijk kent u ons op een bepaald moment ook wel, toch wel goed, maar dan nog is dat heel sterk musculoskeletaal of motorisch georiënteerd. Wanneer ik over mezelf spreek: de kinesitherapie in de geestelijke gezondheidszorg dat is vaak iets wat men helemaal niet kent, zelfs pediatrie en geriatrie misschien wel. Er zijn zeer veel gebieden waarin de kinesitherapie echt nog mee evolueert maar die inderdaad binnen de wederzijdse herkenbaarheid vaak heel laag scoort. Dus er zit weinig in uw opleiding zegt u?

A5.: Ja, ja, dat is een van de weinige dingen die het minste aan bod komt eigenlijk [10].

Moderator: Mag het er meer in? Moet het er meer in?

A3: Ik ben voor, ja [10].

A4: Het is al veranderd denk ik hè, sinds de nieuwe curriculumwetgeving denk ik dat het al wat veranderd is. U bent net niet, u bent van het 7de jaar?

A5: Ja, ik ben van het 7de jaar.

A4: Er zit dus al wel een groot verschil in denk ik.

A5: Ja? Ok, ja.

A2: Het zou inderdaad toegevoegd kunnen worden maar ik weet niet in welke mate dat je in detail moet treden, maar ik denk dat het situaties zou kunnen vermijden zoals je op heel veel internistische afdelingen ziet. De patiënt is medisch stabiel, hij moet naar huis. Ja maar, hij kan niet uit bed. Dat er dan bijvoorbeeld bij standaard behandeling die dan aangehaald wordt voor bepaalde ziektes dat er dan staat antibiotica of relatieve rust, antibiotica, pijnstilling, kinesitherapie. En dan moet de opleiding eigenlijk op zich uitmaken in welke mate dat je dieper ingaat op die kinesitherapie of niet [10]. Bijvoorbeeld postoperatieve kiné daar moet je niet in detail gaan optreden maar dat... Mobiliserende kinesitherapie na bijvoorbeeld een abdominale ingreep, dat bedoel ik hè [10]. Niet orthopedische kinesitherapie. Dus op dat gebied. Bijvoorbeeld na een orthopedische ingreep dan zou je die kinesitherapie wél kunnen uitbreiden [10]. Of bijvoorbeeld behandeling van een CVA. Ik heb eigenlijk nooit gehad, ik heb gehad behandeling van een CVA binnen de 4 uur TPA, buiten de 4 uur niet maar daar is nooit gesproken over neuromotore revalidatie dus daar kan dat dan wel aan bod komen [10].

Moderator: Dus het is wel wenselijk? Mag ik dat begrijpen dat het wenselijk is dat er meer in het curriculum komt?

A1: Ja, zeker functioneel hè. Het moet functioneel, het moet bewegings... [6,10] Het moet gericht zijn naar doelen. Ik denk de diagnostiek om de diagnostiek daar moeten we een beetje.... dat is mijn.. Dat is misschien een heel persoonlijke mening. Je moet altijd een goede diagnostiek hebben om te kunnen van uit gaan [7]. Maar om in te bouwen op dat basis curriculum denk ik dat we nood hebben aan het belang van bewegen en de valpreventie zit daarbij, de revalidatie zit daarbij, in palliatieve zit, in kankertherapie zit dat bij, eigenlijk in alles zit dat bij [10]. In gedragsleer, in addictieproblematiek enz dus in die zin... Dat stuk moet daar bij komen en hoe dat die kinesist zich daarin profileert daar zitten eigenlijk ook grote lacunes in [10]. Daar zijn eigenlijk geen hulpverleners die zich daar op richten. Bijvoorbeeld groepsbegeleiding van mensen enz. dat, dat... jullie hebben daar geen nummer voor hè in de nomenclatuur.

A3: Hoe is het nu met de ergotherapie, de logopedie? Er is ook niks verkeerd aan om inderdaad een aantal sessies door de ergotherapeut te laten mededelen in dat curriculum van de geneeskunde of van de logopedie of zo wat... dat is zeker en vast ook niet slecht hè [10]. We hebben het nu over de kiné maar wat weten we over de ergotherapeut? Ik weet het nu toevallig maar ik wil maar zeggen dus.. Niet iedere dokter weet dat goed en een logopedist hoe denkt die en hoe werkt die... [10] We kunnen ons daar wel wat bij voorstellen maar het is niet verkeerd om daar inderdaad wat over mee te pakken, kiné, ergonomen, dus daar wat tijd voor vrij te maken in de opleiding ja [10]. Ik ben voor.

Moderator: Mooi. Ik wil overgaan naar de afsluitende bemerkingen.

A4: Ik wil nog een paar dingen laten horen. Ten eerste: inderdaad, wij hebben weinig, wij leren weinig hoe dat de kinesisten opgeleid worden, wij weten dat niet goed [10]. Ik heb daar zelf wel een beetje onderzoek naar gevoerd, dat wel... maar anderzijds het is al jaren een probleem. Ik zie dat al jaren bij mijn eigen kinés, die ik mag sturen. Ik zit al jaren met dat probleem van communicatie, wat kunnen jullie en wat verwachten jullie van ons [5]. Al jaren is dat voor mij een item en ik denk dat ik daar ook al veel tijd in gestoken heb. Dus, ja, we zijn niet goed opgeleid om te weten wat we van elkaar mogen verwachten, dat is één [10]. En anderzijds het woord protocol is hier al aangehaald maar daar zitten wij als artsen denk ik in een goede positie om protocols te stimuleren en samen iets aan te gaan met kinesisten [9]. Ik begin met een eerste voorbeeld, seffens kom ik tot de schouder. Mijn eerste voorbeeld is de heupfractuur bijvoorbeeld. Dat is een heel complex, multidisciplinair probleem waar ik, denk ik, in Limburg een van de eerste was die het geriatrisch heupfractuurprogramma heeft opgestart juist omdat die communicatie zo slecht was [5]. Wanneer mag die patiënt steunen? Niemand wist het hè.. En nu is er communicatie, de patiënt mag na 4 dagen steunen. Oké, iedereen weet het, de bomma weet hè, de dokter weet het, de kinesist weet het, de ergotherapeut weet het [5]. Dus heel dat klinisch pad is uitgeschreven en daar heeft de kinesist een belangrijke rol, de ergotherapeut, de sociaal assistente, de revalidatiearts, de orthopedisch chirurg, de apotheker die nog langs komt, dus iedereen heeft zijn taak daarin en dat loopt nu veel gesmeerder omdat iedereen het protocol heeft en je moet niet de hele tijd communiceren, nee, het is op voorhand bepaald [1,9]. Dat is één.

Ik heb dus inderdaad geleerd dat door bepaalde systemen op voorhand te bespreken, en dat is een kwestie van communicatie, ik vraag me altijd af hoe je dat doet, samen zitten en iedereen moet zijn zeg hebben enzovoort [5]. Zo was dat vroeger met de anesthesisten maar uiteindelijk is dat ook opgelost geraakt en de kinesitherapeuten zijn natuurlijk daar in gevolgd. Zo hebben we dat nu in school ook en dat loopt veel gesmeerder. En dat is een duidelijke les waar inderdaad met een multidisciplinaire aanpak je moet communiceren anders loopt dat altijd in het honderd [1,5]. En inderdaad de patiënt kan niet uit bed dus die blijft liggen. Ja maar waarom kan die niet uit bed? Ja, die is te laat... Je hebt gezegd dat die niet mocht steunen. Jawel die mocht wel steunen enzovoort. Dus dat is om op uw eerste voorbeeld aan te haken. Dat is een belangrijk feit waaraan wij als specialisten allemaal samen moeten werken en als daar de kinesisten bijkomen is dat evengoed een specialist voor mij die zijn taak vervult in het klinisch pad [1,9]. Het is een multidisciplinair klinisch pad en daar heeft de kinesist evengoed zijn taak als ik die hem geopereerd heb. Dat is belangrijk [1,9]. Ten tweede: wat kennen wij van kinesitherapie? [10] Heel weinig en dat blijkt heel goed uit, ik zal terug de schouder nemen want dat is mijn topic [10]. Maar daar is het zo typisch dat wij in schoudercongressen, en tegenwoordig samen met mevrouw Cools, je kent ze, dan gaan wij samen, .. de fysiotherapiedagen en de orthopedische dagen staan naast een. Ik ben al dikwijls gaan kijken naar de kiné-opleidingen, internationaal, op Europees niveau, hoeveel orthopeden daar gaan luisteren [10]? Misschien ene en dat ben ik, bij wijze van spreken [10]. Je ziet daar geen orthopeden hè [10]. Terwijl je de kans hebt hè om te gaan luisteren wat zij zeggen [10]. Dus dat is ook een fout van ons [2,10]. En waarom deed ik dat? Waarom zat ik daar? Omdat ik inderdaad vond dat er protocols waren die mij konden zeggen wat de beste revalidatie was na rotaatdefectie [9,10]. Bijvoorbeeld ik doe mijn rotaatdefecting, ik denk redelijk klassiek zoals anderen en toch dacht ik zo: ah, nu gaat er eindelijk eens een protocol komen hoe is de revalidatie daarna [9]. Wij werken al jaren zagezegd samen en toch is er geen uniform protocol [1,9]. Ik dacht in Frankrijk, ah, daar is het logisch, dat is makkelijk want ik als chirurg in Nice bepaal dat die patiënt, ook al komt hij uit Parijs, bij mijn kinesist gaat en ik zal het protocol bepalen [9]. In België werkt het zo niet, wij kunnen niet bepalen naar welke kinesist de patiënt gaat dus wij kunnen ook geen protocol opleggen [9]. Dus ik dacht: ah, in Frankrijk hebben ze daar meer uniformiteit over maar wat blijkt dat zelfs Nice en Lyon toch al verschillende protocols hebben [9]. Misschien wel dezelfde operatie, de kinesist doet iets totaal anders, zelfs daar verschillen de protocols [9]. Dus wat is dan mijn taak. Denk ik van het beste uit een protocol te halen en dat door te geven [9]. En dan moet ik dat communiceren naar de kinesisten [5]. Dus ge organiseert een congres en ge gaat daar samen zitten en Claes doet mee en ge concludeert dan voor die pathologie bijvoorbeeld rotatorcuff gaan we dat protocol toepassen [9]. Ja, alleen de kinesisten die daar geweest zijn hebben dat natuurlijk gezien. En dan denk ik, ja, ja, hoeveel mensen heb ik nu bereikt? Misschien 300? Ok, 300. Maar al die andere kinesisten die mijn patiënten gaan behandelen, ze hebben het recht om hen te behandelen, die weten nog altijd het protocol niet dat ik, in overleg met die kinesisten, bepaald heb. Dus zat ik weer met die communicatieproblemen [5]. Dus mijn reactie is: ok, misschien moet ik het bekend maken. Hoe doe je dat? Je verwijst de patiënt naar internet? Neen, heel veel fouten staan daarin.

Dus wij hebben zelf een website gemaakt, de Vlaamse schouderhulples heeft een website gemaakt en daar gingen ze de pathologie bespreken en hopelijk de kinesitherapie opzetten zodat tenminste de Vlaamse schouderchirurgen eenzelfde protocol hebben. Dat lukte totaal niet want de ene zei: ik moet geen kiné hebben voor mijn patiënt, ik moet geen abductiekussen hebben. Weer lukte het niet. Dus hoe kan je nu verlangen dat een kinesist weet wat mijn revalidatieprotocol is als de schouderchirurgen het ook al niet weten? [9]

Moderator: Dus hoe zou u dat nu samennemen in één... Want u wil eigenlijk nog één iets meegeven..

A4: Ja wat ik wil meegeven is dat ik... Waar ik dus al jaren mee bezig ben. Wat ik dan gedaan heb is op onze eigen website protocols gezet [9]. Dus een kinesist die een operatieverslag van mij krijgt, alle kinesisten krijgen mijn operatieverslag als patiënt na 3 weken terugkomt, waarin ik dan verwijst naar schema 3 op onze website en dan moet ik dat niet uitprinten elke keer [5]. Dus dat is te vinden. Is dat goed? Ik weet het niet. De meesten gebruiken het. Vandaag was er nog een patiënt die na 3 maanden al aan 60 beurten zat. Ik zeg: hoe kan dat? Die was 5 keer per week geweest. Er staat nergens op dat papier. Die had 60 beurten al opgebongoerd na een paar maanden. Ik zeg: hoe kan dat nu? Ja, ik moest 5 keer van de kinesist gaan. Natuurlijk dat die elke keer met een peesontsteking terugkwam. [5,6,9] Dat is een voorbeeld van deze morgen. Om te zeggen dat: ge doet uw best om te communiceren, ge maakt websites van 'deflesschouder.be' heb ik gemaakt, ge maakt een website van u eigen associatie met uw revalidatieschema's op, ok, ik weet niet of ze nog gelezen worden, maar ik denk het wel, veel kinesisten verwijzen er toch naar. En dat is de communicatie. [5] Want de volgende stap is, denk ik dat ik, sorry, maar ik ben daar nogal mee bezig, dat ik aan mijn patiënt een individueel schema geef dat ik opleg en waar men liefst over kan discussiëren hè [5,9]. En wat ik dan eigenlijk als toekomst zie daarin is dat we in samenspraak met kinesisten gaan samen zitten wat is een haalbaar revalidatieschema en dat mag een kruisband zijn, in mijn geval de schouder en dat we daar een uniformiteit over proberen te hebben [1,5,9]. Hetzelfde is ... En wij hebben nu juist in ons ziekenhuis een patiëntenforum opgericht, sorry, een zorgverlenersportal opgericht, waar de huisdokter alle informatie van de patiënt kan gaan halen [5]. De kinesist kan er nog niet op, spijtig genoeg [5]. Maar de huisdokters kunnen onze foto's bekijken, onze verslagen zouden erin staan, bekijken als ze toegang hebben via hun patiënten [5]. De volgende stap is dat wij een patiëntenportaal hebben, en daar zit ik mee in het comité nu, dat wij een patiëntenportaal hebben waar ik zeg: ok, madame X wordt ontslagen, die heeft een rotaatdefecting gehad. Ik plaats mijn schema dat ik gemaakt heb met mijn kinesist in die portal en die patiënt heeft toegang tot haar website. Ah, dat is mijn verslag van de radiografie, van de CT, van de dokter, zijn operatieverslag en hier staan mijn protocols. Op haar aangepast. Ik kan het aanpassen. Nee, deze madame, rotatorpees, slechts 1 keer oefenen, ik zeg maar iets [5,9]. Ik kan het tenminste aanpassen en dat is de toekomst, dat we naar een patient-specific therapie gaan [5,9]. In de kankertherapie bestaat dat, in de orthopedische chirurgie bestaan patient-specific implants enz. Maar ik denk dat we ook daar moeten gaan naar patiënt-specifieke therapie en we hebben de middelen binnenkort om dat te doen. Dat wil dus zeggen patiënt toegang geven tot onze website waar we zijn behandeling zetten [5,9].

En dan moogt ge gerust in discussie gaan met de kinesist, maar dan weet die tenminste wat te doen want wat ik nu schrijf rotaatcuffing, heeft totaal geen effect met mijn geschrift [1,5,9]. Graag actieve oefeningen na 6 weken, tonificatioefeningen, ik geef toe, ze kunnen het soms niet lezen, maar ik heb de tijd en de mogelijkheid niet om het uit te schrijven op die manier [5].

Moderator: Maar dat vinden ze daar dan terug. Ok, mooi, goed. Dank u wel voor deze laatste, heel concrete toevoeging, dat is zeer helder. Ik wil jullie in onzer naam bedanken voor uw deelname en om al uw ervaringen en meningen met ons te delen. En wij gaan proberen om daar het nodige mee te doen zodat het een constructief verhaal wordt. Dank u wel.

Appendix 3. Uitgeschreven emotionele ladingen

Emotionele lading 1

Bij de uitspraak van A1: *“Ik vind de vraag voorbijgestreefd. Ik denk dat geen enkel beroep momenteel, ook huisarts niet, ook psycholoog niet, het recht heeft om autonoom van ad initio diagnose tot eind van de behandeling alleen te staan. Dus jullie zijn eigenlijk momenteel in een omgekeerde evolutie terechtgekomen. Ten eerste is opleiding als dusdanig niet meer garant voor competentie. Je kan daar wel een vertrek garantie van maken en daar criteria op vast binden maar ja, wat met bijscholing, wat met toetsing, wat met samenwerking en zeker ook voornamelijk de grote gebieden van de, de juist van de kinesitherapie vergen samenwerking, vergen interdisciplinaire dingen, dus uiteindelijk de vraag van: kan een kinesist..... Een kinesist die dat echt zou doen, helemaal autonoom die heeft mijn inziens juist geen recht om dat te doen. Een kinesist die zich niet integreert in een samenwerking met verschillende en juist hetzelfde, let op, dat is niet alleen voor een kinesist, dat is voor een psycholoog ook zo.*

En het is daar trouwens waar het met een aantal psychologen helemaal verkeerd loopt momenteel omdat ze zich helemaal niets aantrekken van Bijvoorbeeld als ik iemand als huisarts doorstuur naar een CBG dan, let op hè, 1 keer op 3 lezen die mijn doorverwijsbriefje niet hè, beginnen die gewoon helemaal opnieuw, van nul, zoals u zelf komt te zeggen.

Ten eerste is dat niet al te collegiaal, ten tweede is dat enorme tijdverspilling en ten derde is dat niet efficiënt want ik als huisarts, ik heb geen psychologische opleiding maar ik geef wel een aantal elementen mee naar die persoon die moeten meegenomen worden of waarvan ik verwacht dat die eigenlijk ten goede zouden komen aan de zorg van die patiënt en in die zin verwacht ik dan ook een samenspraak zodat ik ook kan verder werken met die patiënt vanuit mijn optie van huisarts.” kijkt A3 afwijzend. Hij/zij knikt neen op een gedempte wijze.

Emotionele lading 2

De uitspraak van A1: *“Dus daar ligt niet de enige 'core competentie' hè. Je kan op het gebied van specifieke pathologiën ook... bijvoorbeeld peesontstekingen enz. Daar heb je niet direct een bewegingsprobleem maar daar heb je een pijnprobleem, daar zou je eigenlijk... of een pijnprobleem gekoppeld aan een bewegingsprobleem. Je zou je kunnen focussen op het pijnprobleem. Daar heb je als kinesitherapeut technieken waar ik niet ga uitmaken wat daar nu juist moet komen hè. Moet daar nu een shockwave komen, moet daar nu een elektrotherapie komen, een UV of moet daar nu ijs/fricties komen of excentrische oefeningen of weet ik veel wat, ja. En dan is de focus pijn, niet... Alleen vraag ik mij ook af: flink wat kinesisten werken niet 'evidence based' en ja, let op: flink wat dokters werken ook niet evidence based en als je dan zou kijken van welk onderdeel van onze dingen echt evidence based is, we zouden schaamtevol moeten terugkrabbelen, maar toch het is een principe waar we naartoe moeten. Heel wat kinesisten doen er dingen bij, zoals accupunctuur of dingen waarvan je bij sommige dingen wel enige evidence hebt, maar andere dingen waarvan je zegt wat is dat hier hè.”* wordt instemmend onthaald door de aanwezige geneesheren. Velen knikken duidelijk 'ja' ter bevestiging van de uitspraak. A4 slaat de ogen omhoog wanneer A1 acupunctuur ter sprake brengt.

Emotionele lading 3

Er is een duidelijke niet-verbale consensus aanwezig over het aspect communicatie. Dit is niet zo omtrent diagnostiek.

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Kwalitatief onderzoek naar de visie en ervaringen van geneesheren omtrent de competenties van kinesitherapeuten

Richting: master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij musculoskeletale aandoeningen

Jaar: **2015**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Antonis, Marga

Bessemans, Jeroen