

Van Voorschrift naar Verwijzing: Samenwerking Huisarts - Kinesitherapeut

Dr. Sabine Van Baelen - Prof. dr. Simon Brumagne

MCH Navorming
12 december 2023



Vandaag

1. Een goede verwijzing = basis voor een goede samenwerking
2. Vertaling van ICD (Disease) naar ICF (Function) door de kinesitherapeut (KT)
– Kinesitherapeutisch bilan
3. De kinesitherapieverwijzing technisch bekeken
 - Wat noteer je in de verwijzing?
 - Aantal sessies – Fa-, Fb-, E-pathologie
 - Terugbetalingsvoorwaarden

Een goede verwijzing als basis voor een goede samenwerking



Een goede verwijzing= basis voor goede samenwerking

Man 55j, sedentair leven, BMI 28, recidiverende lagerugklachten,

- ICE: “heeft een zwakke rug”, verwacht pijnstilling en arbeidsongeschiktheid.
- Anamnese – KO – uitsluiten rode vlaggen – besluit mechanische lagerugpijn
- Beleidsfase: teruggrijpen naar ICE vd Pt
 - Shared Decision Making – overleg met Pt
 - Verwijzing kinesitherapeut: maakt deel uit van een globaal behandelplan
Advies – watchful waiting – medicatie – TO - samenwerking met andere hulpverlener

Een goede verwijzing= basis voor goede samenwerking

Man 55j, sedentair leven, BMI 28, recidiverende rugklachten,

ICE: “heeft een zwakke rug”, verwacht pijnstilling en arbeidsongeschiktheid.

- Haalbaarheid voor patiënt (Pt)?

Tijd – Bereikbaarheid – Financieel

- Verwachtingen van Pt?

Vroegere ervaringen – Passieve vs. actieve aanpak – KT is gids, behandeling gebeurt thuis

- Naar wie?

Sociale kaart – KT ontmoeten: visie, communicatie, samenwerking concreet afspreken

Een goede verwijzing= basis voor goede samenwerking

Man 55j, sedentair leven, BMI 28, recidiverende rugklachten,

ICE: “heeft een zwakke rug”, verwacht pijnstilling en arbeidsongeschiktheid.

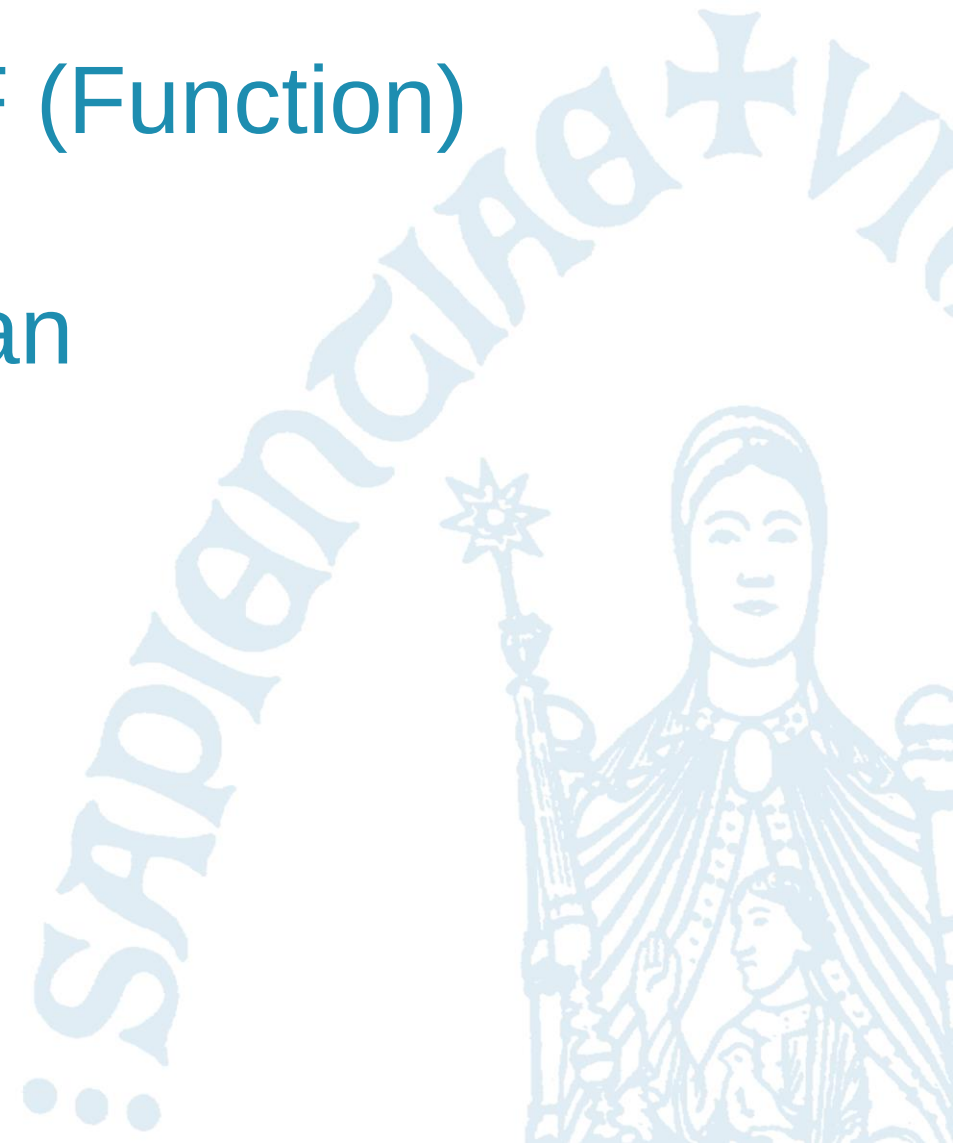
- Naar wie? Verschillende specialisaties binnen kinesithérapie
- Naar wie? Kenmerken van een professionele aanpak?
Functioneel bilan: kinesithérapeutische anamnese en klinisch onderzoek
Bilan opmaken! = Vertaling: medisch → kinesithérapeutisch referentiekader

VOORSCHRIFT CARECONNECT

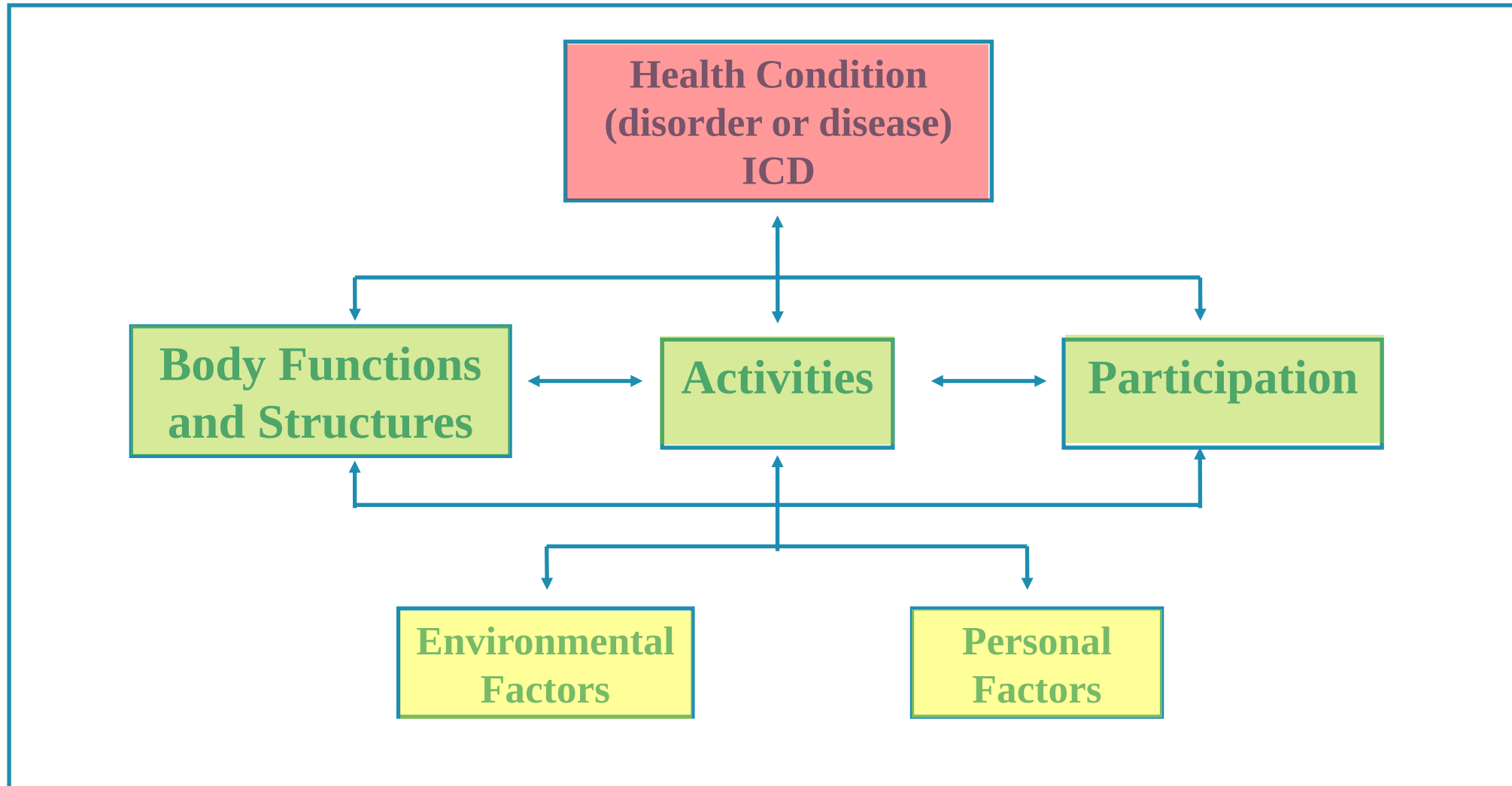
Aanvraag:	Eerste aanvraag
Maximaal aantal zittingen:	18
Frequentie:	Niet van toepassing
Indicatie van de zorg:	Mobilis.-oefentherapie
Diagnose:	
Recidiverende lagerugpijn	
Aanvullende tekst:	Graag stabilisatie en training core-stability

Vertaling van ICD (Disease) naar ICF (Function)

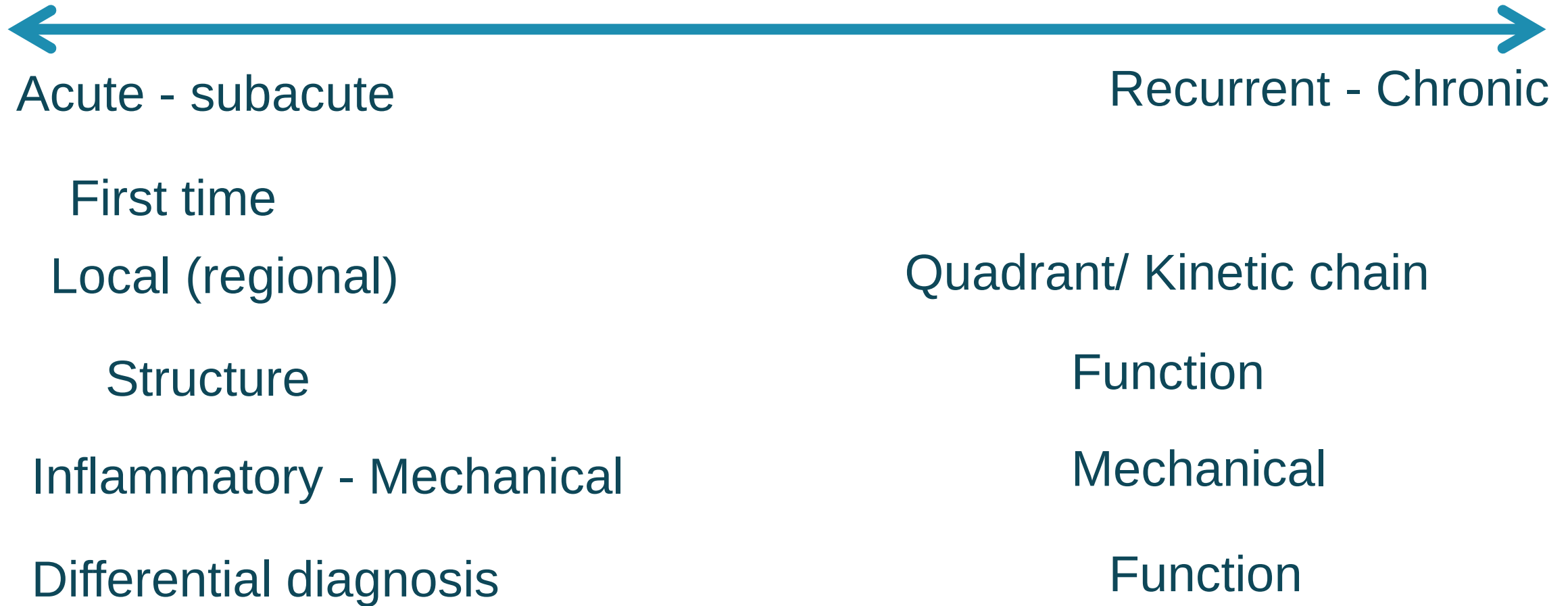
Het Kinesitherapeutisch Bilan



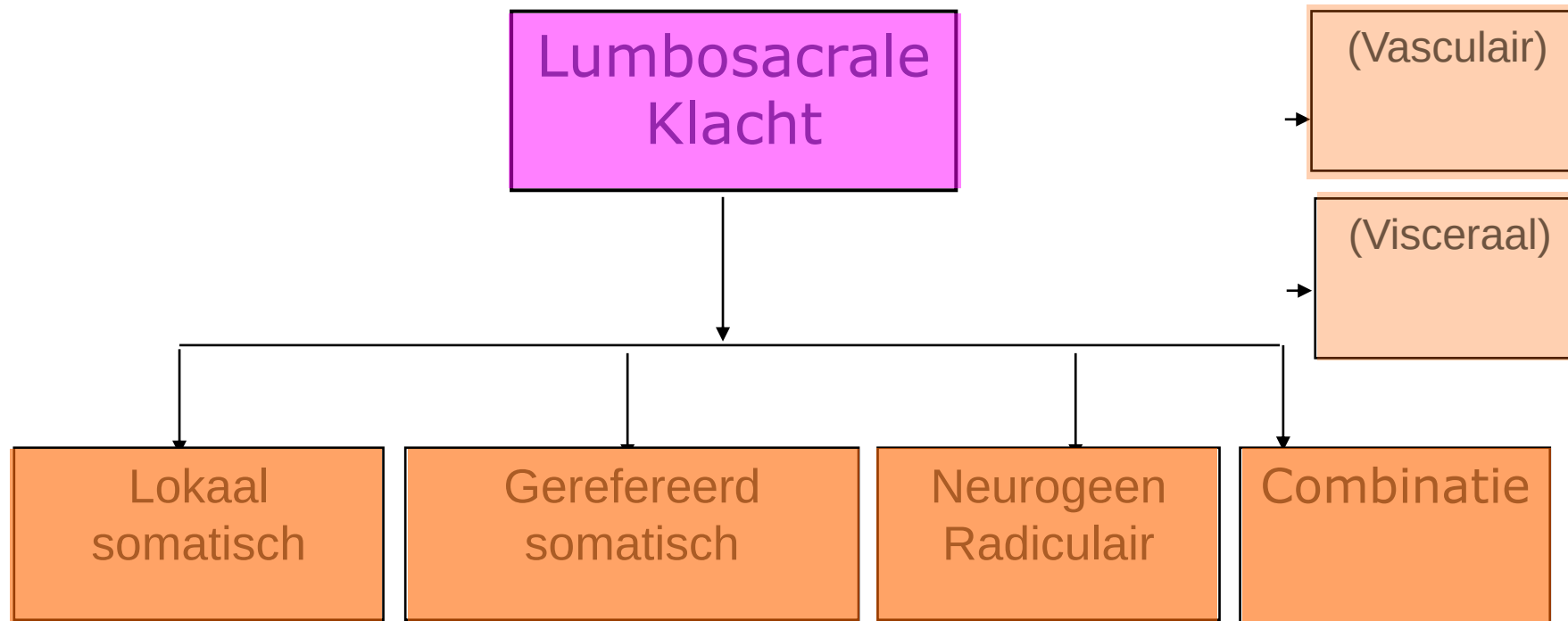
International Classification Functioning, Disability & Health (ICF)



Timeline

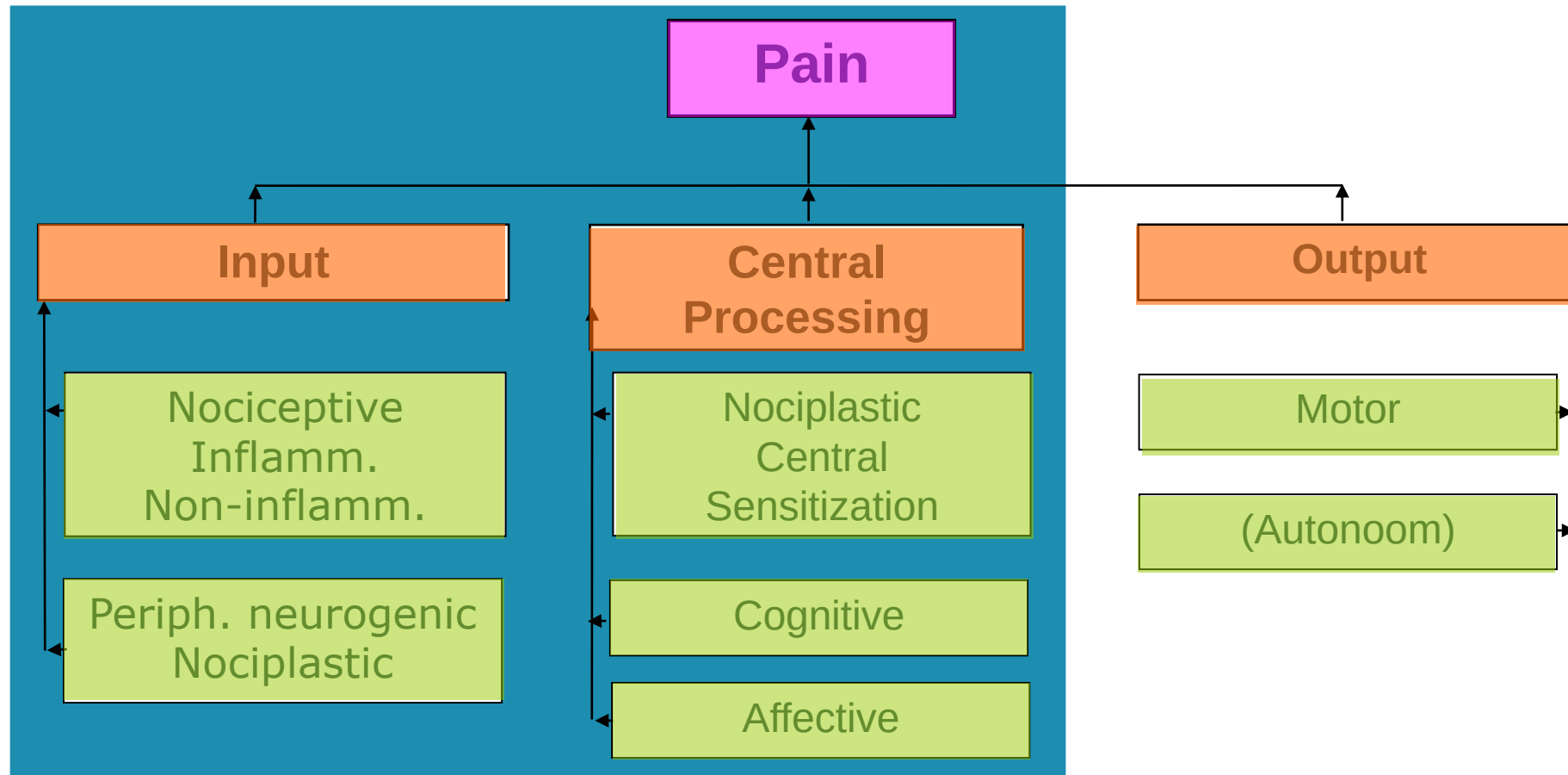


Structuuranalyse



Tijdsaspect

Pain mechanism: Input – CP – Output



Dominant mechanism (%, eg. 30-40%)

Evidence-Based Medicine/ Phys Ther

European Guidelines (2006), NICE, KCE (2019)

- Committee of experts (multi-disciplinary)
- Based on systematic reviews, existing clinical guidelines
- Recommendations
 - Acute LBP
 - Chronic LBP
- Physician/ General practitioner
- State of the art => revision is necessary

LBP Clinical Practice Guidelines linked to the ICF (2012, 2021)

- Orthopedic Section APTA/ Committee of experts (PT, MT, MD)
- Based on studies, systematic reviews, existing clinical guidelines, expert opinions
- Recommendations (grades A-F):
 - Diagnosis
 - Prognosis
 - Intervention

STEVEN Z. GEORGE, PT, PhD, FAPTA • JULIE M. FRITZ, PT, PhD, FAPTA • SHERI P. SILFIES, PT, PhD
MICHAEL J. SCHNEIDER, DC, PhD • JASON M. BENECIUK, DPT, PhD, MPH • TREVOR A. LENTZ, PT, PhD, MPH
JOHN R. GILLIAM, PT, DPT • STEPHANIE HENDREN, MLIS • KATHERINE S. NORMAN, DPT, MS

Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021

*Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification
of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic
Physical Therapy of the American Physical Therapy Association*

J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):CPG1-CPG60. doi:10.2519/jospt.2021.0304

Delitto et al., 2012, *J Orthop Sports Phys* 42(4):A1-A57

George et al., 2021, *J Orthop Sports Phys* 51(11):CPG1-CPG60

Levels of Evidence

Grade Level A: ***should use/ recommendation for*** (blue)

Grade Level B: ***may use/ may be considered*** (green)

Grade Level C: ***can use/ can be considered*** (orange)

Grade Level D: ***recommendation against***

Knowledge gaps: (Purple)

Evidence Maps

ACUTE AND CHRONIC LOW BACK PAIN: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Evidence Maps

Acute Low Back Pain

Exercise	Manual and Other Directed Therapies	Classification Systems	Patient Education
Should Use (Level I and/or Level II RCTs)			
	• Thrust or nonthrust joint mobilization		
May Use (Single Level I RCT or Small-Sample Level II RCTs With Short Follow-up Times)			
With Leg Pain: • Muscle strengthening and endurance • Specific trunk activation	• Soft tissue mobilization • Massage	• Treatment-based classification	• Active education and advice • Biopsychosocial contributors to pain • Self-management techniques • Favorable natural history
Can Use (Single Level II RCT)			
• General exercise training		• Mechanical Diagnosis and Therapy	
Knowledge Gaps (Level I RCTs Needed)			
Movement Control: • Trunk mobility • Aerobic exercises • Multimodal exercises	• Neural tissue mobilization • Dry needling • Traction	• Cognitive functional therapy • Prognostic risk stratification • Pathoanatomic-based classification • Movement system impairment	• Pain neuroscience education

FIGURE 2. Evidence map for acute low back pain interventions depicting the overall evidence landscape for the 2021 update to the low back pain clinical practice guideline. Grade A-level evidence corresponds with "should use" and is in blue, grade B-level evidence corresponds with "may use" and is in green, and grade C-level evidence corresponds with "can use" and is in orange. Knowledge gaps are summarized in purple. Abbreviation: RCT, randomized clinical trial.

ACUTE AND CHRONIC LOW BACK PAIN: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Chronic Low Back Pain

Exercise	Manual and Other Directed Therapies	Classification Systems	Patient Education
Should Use (Level I and/or Level II RCTs)			
• General exercise training • Muscle strengthening and endurance • Specific trunk activation • Aerobic • Aquatic • Multimodal	• Thrust or nonthrust joint mobilization		• Pain neuroscience education not as a stand-alone treatment • Active treatment (yoga, stretching, Pilates, and strength training)
With Movement Control Impairment: • Specific trunk activation • Movement control			
For Older Adults: • General exercise training			
May Use (Single Level I RCT or Small-Sample Level II RCTs With Short Follow-up Times)			
• Movement control • Trunk mobility	• Soft tissue mobilization • Massage	• Mechanical Diagnosis and Therapy • Prognostic risk stratification • Pathoanatomic-based classification	• Active education not as a stand-alone treatment
With Leg Pain: • Specific trunk activation • Movement control	With Leg Pain: • Thrust or nonthrust joint mobilization • Neural tissue mobilization		Postoperative: • General education (following discectomy or decompression)
Can Use (Single Level II RCT)			
Postoperative: • General exercise training	• Dry needling	• Treatment-based classification • Movement system impairment • Cognitive functional therapy	
Knowledge Gaps (Level I RCTs Needed)			
• Comparisons of different approaches • Optimal dosing parameters • Targeted delivery	• Comparisons of manual therapy and active treatments • Value of manual therapy in multimodal approaches	• Direct comparisons of different classification systems	

FIGURE 3. Evidence map for chronic low back pain interventions depicting the overall evidence landscape for the 2021 update to the low back pain clinical practice guideline. Grade A-level evidence corresponds with "should use" and is in blue, grade B-level evidence corresponds with "may use" and is in green, and grade C-level evidence corresponds with "can use" and is in orange. Knowledge gaps are summarized in purple. Abbreviation: RCT, randomized clinical trial.

Evidence Maps

Acute Low Back Pain			
 Exercise	 Manual and Other Directed Therapies	 Classification Systems	 Patient Education
Should Use (Level I and/or Level II RCTs)			
	• Thrust or nonthrust joint mobilization		
May Use (Single Level I RCT or Small-Sample Level II RCTs With Short Follow-up Times)			
With Leg Pain: • Muscle strengthening and endurance • Specific trunk activation	• Soft tissue mobilization • Massage	• Treatment-based classification	• Active education and advice • Biopsychosocial contributors to pain • Self-management techniques • Favorable natural history

Acute Low Back Pain



Exercise



Manual and Other
Directed Therapies



Classification
Systems



Patient
Education

Can Use (Single Level II RCT)

- General exercise training

- Mechanical Diagnosis and Therapy

Knowledge Gaps (Level I RCTs Needed)

Movement Control:

- Trunk mobility
- Aerobic exercises
- Multimodal exercises

- Neural tissue mobilization
- Dry needling
- Traction

- Cognitive functional therapy
- Prognostic risk stratification
- Pathoanatomic-based classification
- Movement system impairment

- Pain neuroscience education

FIGURE 2. Evidence map for acute low back pain interventions depicting the overall evidence landscape for the 2021 update to the low back pain clinical practice guideline. Grade A-level evidence corresponds with “should use” and is in blue, grade B-level evidence corresponds with “may use” and is in green, and grade C-level evidence corresponds with “can use” and is in orange. Knowledge gaps are summarized in purple. Abbreviation: RCT, randomized clinical trial.

Chronic Low Back Pain



Exercise



Manual and Other Directed Therapies



Classification Systems



Patient Education

Should Use (Level I and/or Level II RCTs)

- General exercise training
- Muscle strengthening and endurance
- Specific trunk activation
- Aerobic
- Aquatic
- Multimodal

With Movement Control Impairment:

- Specific trunk activation
- Movement control

For Older Adults:

- General exercise training

- Thrust or nonthrust joint mobilization

- Pain neuroscience education not as a stand-alone treatment
- Active treatment (yoga, stretching, Pilates, and strength training)

May Use (Single Level I RCT or Small-Sample Level II RCTs With Short Follow-up Times)

- Movement control
- Trunk mobility

With Leg Pain:

- Specific trunk activation
- Movement control

- Soft tissue mobilization
- Massage

With Leg Pain:

- Thrust or nonthrust joint mobilization
- Neural tissue mobilization

- Mechanical Diagnosis and Therapy
- Prognostic risk stratification
- Pathoanatomic-based classification

- Active education not as a stand-alone treatment

Postoperative:

- General education (following discectomy or decompression)

Chronic Low Back Pain



Exercise



Manual and Other
Directed Therapies



Classification
Systems



Patient
Education

Can Use (Single Level II RCT)

Postoperative:

- General exercise training

- Dry needling

- Treatment-based classification
- Movement system impairment
- Cognitive functional therapy

Knowledge Gaps (Level I RCTs Needed)

- Comparisons of different approaches
- Optimal dosing parameters
- Targeted delivery

- Comparisons of manual therapy and active treatments
- Value of manual therapy in multimodal approaches

- Direct comparisons of different classification systems

FIGURE 3. Evidence map for chronic low back pain interventions depicting the overall evidence landscape for the 2021 update to the low back pain clinical practice guideline. Grade A-level evidence corresponds with "should use" and is in blue, grade B-level evidence corresponds with "may use" and is in green, and grade C-level evidence corresponds with "can use" and is in orange. Knowledge gaps are summarized in purple. Abbreviation: RCT, randomized clinical trial.

MSK Interventions

Acute - Subacute

Recurrent - Chronic



**Dominant nociception
structural/ mechanical**

**Dominant cognitive/ affective
nociplastic - central neurogenic**

Reassurance, Information, Advice

Arthrogenic mobilization

Centralization exercises

Myofascial release

Dry needling

Neurodynamic mobilization

Motor control exercises

Proprioception training

Motivational interviewing

Ergonomics

Aerobic training

Graded activity

Exposure

Work hardening

High load exercises

Strength training

Endurance training

Andere diagnose – Zelfde behandelingsadvies

Pt met pijn aan de knie bij lopen “tendinitis” (door endorotatie heup)

Pt met SI klachten

- Pt met zittend werk, zit vaak met gekruiste benen, zit te lang in zelfde houding, in kyfose
- Gemeenschappelijk advies: Aanpassen van zithouding, afwisseling, dynamische houdingscontrole, exorotatie stimuleren

→ **Bewegingspatroon corrigeren en optimaliseren**

→ **Verbeteren functionaliteit**

Zelfde diagnose – verschillende aanpak

2 patiënten met “Acute Lumbalgie met uitstralingspijn”

- Op de eerste plaats globale rughygiëne nastreven ingebouwd in voornaamste activiteit van de dag (houdingsafwisseling en houdingscontrole)
- Gerefereerde pijn bij discusprobleem zonder zenuwwortelontsteking: Herhaalde extensie aangewezen
- Acute radiculaire problematiek (vb. sensibiliteitsstoornis): Extensie is tegenaangewezen

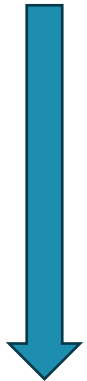
Dus ...

Huisarts (HA) onderzoekt patiënt gebaseerd op ICD en besluit tot mechanische LRP



HA verwijst naar KT

HA heeft rode vlaggen van LRP uitgesloten,
HA heeft niet-mechanische oorzaken vd klacht uitgesloten.



Verwijzing bevat medische diagnose/ beschrijving van de klacht, context en aantal sessies.

KT onderzoekt patiënt (ICF) en maakt kinesitherapeutisch functioneel bilan.

Goede communicatie tussen KT en HA

Goede communicatie die samenwerking ondersteunt

- Nieuwe hulpverlener leren kennen
- Start behandeling:
 - Verwijzing met relevante info
- Tijdens behandeling:
 - Overleg zo nodig: vb. evolutie, arbeidsongeschiktheid,
- Na behandeling:
 - Verslag en advies/ aandachtspunten voor de toekomst

De Verwijsbrief naar de Kinesitherapeut

Wegwijzer Kinesitherapie:

https://domusmedica.be › sites › default › files › Presentatie_3



De Kinesitherapieverwijzing

- Wat noteer je in een verwijzing?
 - Verplicht
 - Niet verplicht maar nuttig
 - Overbodig
- Hoeveel sessies zijn maximaal terugbetaald?
 - Courante aandoeningen, E-pathologie, F-pathologie, zwangerschap

Verplichte info ikv. terugbetaling

- Naam vd. Pt
- Medische diagnose en locatie vb. lagerugpijn
Indien van toepassing: vermelden E- of F-pathologie
- Aantal sessies
- Datum
- Handtekening en Stempel van de HA

Nuttige info ikv. goede samenwerking

- Relevante context van de Pt
 - Medicatie: *pctm, nsaid, verdovende of spierverslappende medicatie*
 - Eventuele beeldvorming
 - Medische voorgeschiedenis: *vb. scoliose, osteolyse*
 - Therapeutische voorgeschiedenis: *vb. infiltratie, ingreep, steunzolen*
 - Psychosociale factoren: *vb. stress, depressie, AO*
- “Kinesitherapeutisch bilan”: 1x per aandoening

KT doet dit in elk geval, wordt vergoed indien vermeld op de verwijzing

Overbodige info

Traditioneel op een 'voorschrift' vermeld, maar niet verplicht en eigenlijk niet nodig

- Frequentie van de sessies

- Aard van de Behandeling:

~~Massage en mobilisatie - Core Stability~~ → **niets !**
evt. "Functionele revalidatie"

DIAGNOSE: Lagerugpijn recidiverend

Geen beeldvorming gebeurd

Graag functioneel bilan en functionele revalidatie.

AANTAL SESSIES: 9

ACTIEVE MEDICATIE:

- Paracetamol 1g: 3 x 1 tablet Dagelijks
- Ibuprofen 400 mg: 3 x 1 tablet bij de maaltijd
- Relvar Ellipta 92 µg - 22 µg inhalatiepdr. : 1 x 1 inhalatie Dagelijks
- Desloratadine Teva 5 mg filmomh.: 1 x 1 tablet Dagelijks
- Zolpidem 10 mg: 1 x 1 tablet Dagelijks

Hoeveel sessies zijn terugbetaald?

- Courante aandoening: 18 sessies per kalenderjaar aan maximale terugbetaling, voor drie verschillende courante aandoeningen/ kalenderjaar
- Perinatale kinesitherapie: 9 sessies per zwangerschap
- Palliatieve kinesitherapie: onbeperkt – geen remgeld

Hoeveel sessies zijn terugbetaald bij F-pathologie ?

- Fa-pathologie: Acute pathologie vb. neuropathie, fractuur, luxatie, frozen shoulder, postoperatief

60 sessies aan maximale terugbetaling gedurende 12 maanden vanaf eerste sessie (lijst zie RIZIV: art 7, §14, A)

- Fb-pathologie: Chronische pathologie vb. gangrevalidatie, chronische polyneuropathie, CVS, fibromyalgie

60 sessies aan maximale terugbetaling vanaf eerste sessie tot 31/12 van jaar erna. (lijst zie RIZIV: art 7, §14, B)

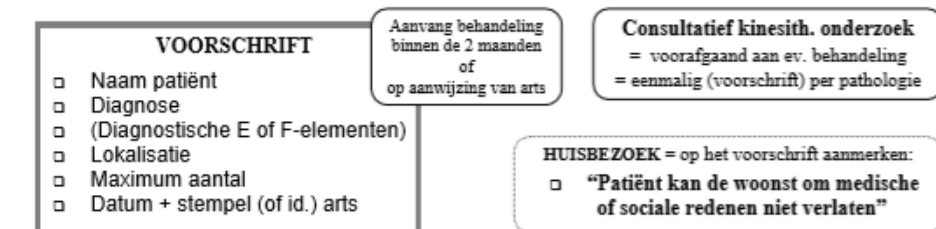
Fa of Fb-pathologie vermelden – niet aanvragen

- Voorschrift F-pathologie
 - HA vermeldt Fa of Fb + indicatie op voorschrift
 - Fa: adhesieve capsulitis Re schouder – 60 sessies
 - Fb: gangrevalidatie – 60 sessies
 - KT stuurt kennisgeving naar RIZIV

E-pathologie

- E-pathologie: lijst van “ernstige aandoeningen”: vb. uitgebreide perifere of centrale motorische uitval: Parkinson, MS, ALS, cerebral palsy, post-CVA, ...
altijd maximale terugbetaling (lijst zie RIZIV)
- Aanvraag bij RIZIV (formulier via site RIZIV)
 - Medische toestand door HA/ specialistisch verslag
 - Functioneel bilan en behandeling door KT
- Voorschrift: “E-pathologie: cerebral palsy – aantal sessies”

!!! Totaal aantal zittingen STEEDS onbeperkt, enkel de terugbetaling kan variëren !!!



- SITUATIE -	Op het voorschrift te vermelden aantal zittingen	Mogelijk aantal “grote” zittingen - PER SITUATIE -	Tegemoetkoming door het ziekenfonds (grote zittingen) - PER SITUATIE -
Courante aandoening	onbeperkt	<u>Steeds onbeperkt</u>	T.e.m. 18 = normale tegemoetkoming Na 18 = verminderde tegemoetkoming
E-situatie Aanvraag door arts in samenspraak met kine	onbeperkt		Steeds buitengewone tegemoetkoming (= E-statuu, d.w.z. ongeacht welke aandoening ev. bijkomend behandeld wordt) (uitz.: grote zittingen voor lymfoedeem: max 120)
Acute of chronische F-pathologie Kennisgeving dr. kine	onbeperkt		T.e.m. 60 = normale tegemoetkoming Na 60 = verminderde tegemoetkoming (Uitzondering: polytraumatismen = 120 i.p.v. 60)
Perinatale kine	onbeperkt	9 per zwangerschap	9 x normale tegemoetkoming
Palliatief	onbeperkt	onbeperkt	integraal vergoed

SITUATIES MET BUITENGEWONE TEGEMOETKOMING (= van 60 naar 75 % voor gewone rechthebbenden en van 80 naar 90 % voor rechthebbenden met een voorkeursregeling)	Periode van buitengewone tegemoetkoming
E-SITUATIE	onbeperkt
NA REANIMATIE-VERSTREKKINGEN Cfr.F-lijst	eerste 3 maanden (daarna opnieuw de normale regeling)
NA ORTHOPEDISCHE VERSTREKKINGEN (NC-orthopedie: art. 14 k) I, §1 en III, b), □ bloedige behandelingen met N ≥ 200 □ therapeutische arthroscopieën met N ≥ 200 met uitsluiting van het “wegnemen van diepliggend synthesemateriaal: platen of spijkerplaten (NCnr. 9004 - 280092 - 280103N200)”	
Na andere heelkundige ingrepen met K>225 of N > 375	

Het remgeld kinesitherapie is opgenomen in de “Maximumfactuur”

Wegwijzer kinesithérapie

AXXON - DOMUS MEDICA - W.V.V.K. — 2012

!!! Totaal aantal zittingen STEEDS onbeperkt, enkel de terugbetaling kan variëren !!!

VOORSCHRIFT

- Naam patiënt
- Diagnose
- (Diagnostische E of F-elementen)
- Lokalisatie
- Maximum aantal
- Datum + stempel (of id.) arts

Aanvang behandeling
binnen de 2 maanden
of
op aanwijzing van arts

Consultatief kinesith. onderzoek
= voorafgaand aan ev. behandeling
= eenmalig (voorschrift) per pathologie

HUISBEZOEK = op het voorschrift aanmerken:
□ “Patiënt kan de woonst om medische
of sociale redenen niet verlaten”

- SITUATIE -	Op het voorschrift te vermelden aantal zittingen	Mogelijk aantal “grote” zittingen - PER SITUATIE -	Tegemoetkoming door het ziekenfonds (grote zittingen) - PER SITUATIE -
Courante aandoening	onbeperkt	<u>Steeds onbeperkt</u>	T.e.m. 18 = normale tegemoetkoming Na 18 = verminderde tegemoetkoming
E-situatie Aanvraag door arts in samenspraak met kine	onbeperkt		Steeds buitengewone tegemoetkoming (= E-statuuat, d.w.z. ongeacht welke aandoening ev. bijkomend behandeld wordt) (uitz.: grote zittingen voor lymfoedeem: max 120)
Acute of chronische F-pathologie Kennisgeving dr. kine	onbeperkt		T.e.m. 60 = normale tegemoetkoming Na 60 = verminderde tegemoetkoming (Uitzondering: polytraumatismen = 120 i.p.v. 60)
Perinatale kine	onbeperkt	9 per zwangerschap	9 x normale tegemoetkoming
Palliatief	onbeperkt	onbeperkt	integraal vergoed

Take Home Messages

- Een goede verwijzing is méér dan een briefje schrijven.
- Een goede verwijzing bevat voldoende context.
- HA schrijft “Kinesitherapeutisch bilan” voor en verwacht een verslag.
- HA specificeert niet de behandeling - KT maakt eigen behandelplan.
- Niet méér sessies, wel meer spreiding van sessies.
- Communicatie HA-KT: Kennismaking, verwijzing, verslag.



Arno Rafael Minkinen

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde & Departement Revalidatiewetenschappen, KU Leuven