

Advies van Federale Raad voor kinésithérapie over directe toegang tot de kinesithérapie (DTK)

Het advies is goedgekeurd tijdens de plenaire vergadering van 1 oktober 2015 met unanimité van stemmen van de aanwezige leden.

Inhoudstabel	
A. Inleiding	2
B. Redenen waarom en situaties waarin beoefenaars van de kinesithérapie handelingen en verstrekkingen mogen uitvoeren waarvoor geen medisch voorschrift vereist is.	3
C. Lijst van kinesithérapeutische handelingen en verstrekkingen waarvoor een medisch voorschrift niet verplicht is, alsook waarvoor een medisch voorschrift verplicht is.	6
D. Bijlagen.	
I. Kwantificering en typering.	11
II. Verduidelijkingen bij de lijst van kinesithérapeutische behandelingen waarvoor een medisch voorschrift niet verplicht is, alsook waarvoor een medisch voorschrift verplicht is.	12
III. De kwalificatie van de kinesithérapeut.	20
IV. Literatuurstudie Directe Toegang tot de Kinesithérapie.	22

A. INLEIDING

De Wet op de uitoefening van de kinesitherapie (WUK) wordt beschreven in Hoofdstuk *Ibis* van de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (Ex – Koninklijk Besluit nr.78 van 10 november 1967 op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen).

Volgens Art. 43. § 6. van deze gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, hierna afgekort als “de gecoördineerde Wet”, mogen kinesitherapeuten enkel de kinesitherapie uitoefenen ten aanzien van de patiënten die op grond van een voorschrift door een persoon worden verwezen die krachtens artikel 3, § 1, eerste lid, gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen of, voor wat de kinesitherapie betreft voor temporomandibulaire dysfuncties, die verwezen worden door een persoon die krachtens artikel 4 gemachtigd is om de tandheelkunde uit te oefenen.

De Koning kan de lijst vaststellen van de redenen waarom en de situaties waarin personen erkend krachtens paragraaf 1 kunnen afwijken van de in het eerste lid bedoelde voorwaarde.

De Federale Raad van de Kinesitherapie biedt in dit dossier een lijst aan met de redenen waarom en situaties waarin beoefenaars van de kinesitherapie handelingen mogen uitvoeren waarvoor geen medisch voorschrift vereist is. Directe toegang tot de Kinesitherapie zal aan de kinesitherapeut in de hierna omschreven redenen en omstandigheden een legaal kader bieden voor het uitvoeren van kinesitherapeutische handelingen en verstrekkingen zonder medisch voorschrift binnen de eerstelijnszorg, de welzijnzorg alsook in het kader van preventie en gezondheidspromotie.

De kinesitherapeutische handelingen en verstrekkingen zijn algemeen omschreven om de mogelijkheid te bieden de academische kennis, inzichten en vaardigheden, verworven in de hedendaagse master-opleidingen Kinesitherapie ten volle te kunnen implementeren in zowel monodisciplinaire settings als in intercollegiale en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Directe Toegang tot de Kinesitherapie kan enkel toegepast worden onder strikte voorwaarden.

De hulpvrager (patiënt) heeft de keuzevrijheid over zijn zorgproces en zijn zorgverleners. Hij kan opteren om zich rechtstreeks, zonder medisch voorschrift, bij de kinesitherapeut aan te bieden. Nadat hij alle informatie heeft ontvangen die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en functioneringsproblemen kan hij via “informed consent” zijn toestemming verlenen voor een of meerdere voorgestelde kinesitherapeutische handelingen (screening, onderzoek, behandeling) en/of voor elektronische en beveiligde uitwisseling van de gegevens.

De hulpvrager (patiënt) kan te allen tijde het initiatief nemen om een arts te consulteren. Uiteraard kan elke arts verder, zoals in het verleden, steeds elke kinesitherapeutische handeling of verstrekking blijven voorschrijven.

De kinesitherapeut houdt de keuzevrijheid om zijn zorg, zoals voorheen op basis van een medisch voorschrift te verstrekken.

Indien de kinesitherapeut de keuze maakt voor behandeling in het kader van Directe toegang zonder voorschrift, dient hij zich strikt te houden aan de klinische voorwaarden voor Directe toegang (redenen en situaties) en zal hij een therapeutische relatie creëren waarin de hulpvrager zich veilig en volledig geaccepteerd voelt.

De verzamelde onderzoeksbevindingen worden in het Kinesitherapeutisch Dossier (KTD) genotuleerd en elektronisch op een beveiligde manier opgeslagen. Zij vormen de basis van het kinesitherapeutisch zorgplan en behandeling. In samenspraak met de patiënt kan een schriftelijk verslag naar de arts verstuurd worden, eventueel via digitale weg gebruik makend van de eHealth-diensten.

B. REDENEN WAAROM EN SITUATIES WAARIN BEOEFENAARS VAN DE KINESITHERAPIE HANDELINGEN EN VERSTREKKINGEN MOGEN UITVOEREN WAARVOOR GEEN MEDISCH VOORSCHRIFT VERPLICHT IS.

1. KINESITHERAPIE IN HET KADER VAN PREVENTIE EN GEZONDHEIDSPROMOTIE

De kinesitherapeut heeft in zijn academische opleiding de specifieke deskundigheid verworven om als individuele zorgaanbieder een belangrijke bijdrage te leveren in het preventief gezondheidsbeleid en gezondheidspromotie. Door het verrichten van preventieve handelingen en verstrekkingen kan de kinesitherapeut binnen zijn domein functioneringsproblemen voorkomen, verminderen en/of herstellen, de incidentie en prevalentie van gerelateerde ziekten en chronische aandoeningen verminderen en verdere invalidering voorkomen.

In de lijst van hoofdstuk C, I worden volgende 3 kinesitherapeutische verstrekkingen voorgesteld in het kader van preventief gezondheidsbeleid en gezondheidspromotie:

- ◆ Analyse van de functionele gezondheidstoestand, voorlichting, advies en educatie.
- ◆ Individuele coaching/sturing, (stimulering tot) zelfmanagement, zelfregulering en responsabilisering.
- ◆ Stimulering van het activatie- en participatieniveau in het kader van preventie.

2. KINESITHERAPIE BINNEN DE EERSTELIJNSZORG EN DE WELZIJNSZORG

Elke dag worden kinesitherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg geconfronteerd met rechtstreekse hulpvragen. Personen met pijnklachten, een functionele stoornis of een beperking zien hun hulpvraag als niet-gevaarlijk of ernstig genoeg om in eerste instantie een arts te moeten consulteren. Ze ervaren hun klacht wel als hinderlijk genoeg om rechtstreeks een kinesitherapeut als 'deskundige in het menselijk bewegen en functioneren' te raadplegen. Het verplichte artsconsult, zoals dit tot op vandaag nodig is, beschouwen zij eerder als tijdrovend en financieel belastend om aan hun directe hulpvraag tegemoet te komen. In de goede samenwerking 'arts - kinesitherapeut' wordt in de actuele praktijkvoering meer en meer het onderzoek en het concept van de behandeling reeds bij de kinesitherapeut gelegd.

Voor de kinesitherapeut ligt de realiteit op het werkveld moeilijk. Volgens "de gecoördineerde Wet" is hij verplicht te werken op medisch voorschrift. De praktijk dwingt hem in vele gevallen tot het beantwoorden van de rechtstreekse hulpvraag. Het ontbreken van een wettelijk kader om deze werkwijze te verrechtvaardigen doet de vraag tot retroactieve voorschriften met bijkomende artsconsulten toenemen.

In het kader van Directe Toegang tot de Kinesitherapie zal een persoon die zich met een hulpvraag zonder medisch voorschrift aanbiedt bij de kinesitherapeut volgens een strikt op te volgen stappenplan worden benaderd.

1. Eerst zal de persoon een **kinesitherapeutische screening** ondergaan om te bepalen of de kinesitherapeut de geschikte persoon is voor de hulpvraag of klacht en/of de situatie "veilig" is.
2. Pas wanneer deze screening een "veilige situatie" aanduidt, kan het **kinesitherapeutisch onderzoek** uitgevoerd worden.
3. Pas wanneer ook de onderzoeksbevindingen een "veilige situatie" weergeven, kan de **kinesitherapeutische behandeling** starten.

Directe toegang tot kinesitherapeutische behandelingen is enkel toegelaten wanneer er zich tijdens de voornoemde stappen een veilige situatie presenteert resp. wanneer kinderen, adolescenten en volwassenen zich met een voor de kinesitherapeut bekend patroon met normaal beloop of met een afwijkend beloop met verklaarbare reden aanbieden.

Situatie met	Beslissing	Kinesitherapeutisch handelen
Bekend patroon, normaal beloop	Veilig	Informereren, adviseren.
Bekend patroon, afwijkend beloop dat kan verklaard worden.	Veilig	De kinesitherapeut is bevoegd om het kinesitherapeutisch onderzoek en/of behandeling te starten.
Niet bekend patroon.	Niet veilig	Deze situatie vereist verwijzing naar de arts (of tandarts).
Bekend patroon, 1 of meerdere afwijkende symptomen.	Niet veilig	Deze situatie vereist verwijzing naar de arts (of tandarts).
Bekend patroon, afwijkend beloop.	Niet veilig	Deze situatie vereist verwijzing naar de arts (of tandarts).
Aanwezigheid van 1 of meerdere rode vlaggen.	Niet veilig	Deze situatie vereist verwijzing naar de arts (of tandarts).

a. Kinesitherapeutische screening

In het kader van Directe Toegang tot de Kinesithérapie wordt bij een persoon die zich rechtstreeks aanmeldt bij de kinesitherapeut, eerst een screening uitgevoerd om te bepalen of de kinesitherapeut de geschikte persoon is voor de hulpvraag/ klacht en vast te stellen of er sprake is van een "veilige situatie".

"**Kinesitherapeutische screening**" wordt in de lijst C1 van hoofdstuk C, II, 1, voorgesteld als een handeling/verstrekking waarvoor geen medisch voorschrift nodig is.

Het screeningsproces bestaat uit een schriftelijke inventarisatie van de klacht en de hulpvraag alsook uit een screeningsanamnese.

Tijdens de screening is de kinesitherapeut alert op patroonherkenning en op het identificeren van eventuele aanwezige rode vlaggen¹ op basis van generieke & specifieke vragenlijsten. In de vakliteratuur^{2,3}, richtlijnen en standaarden worden rode vlaggen omschreven als alarmsignalen, risicofactoren of als patronen van symptomen of tekenen die kunnen wijzen op min of meer ernstige pathologie welke medische diagnostiek en (dringende) verwijzing naar de arts vereisen.

- *Generieke rode vlaggen hebben een duidelijk niet-regiogebonden karakter. Het zijn vaak complexe, chronische ziektebeelden en/of aandoeningen met veel comorbiditeit waar vele zorgverleners bij betrokken zijn (bijvoorbeeld COPD, hartfalen, status na CVA, diabetes mellitus, ziekte van Parkinson).*
- *Specifieke rode vlaggen zijn symptomen en tekenen die ofwel horen bij een ziekte of systeem-aandoening (bv RA) ofwel bij een lokale aandoening /orgaan (bv lage rugpijn).*

Op het einde van het screeningsproces heeft de kinesitherapeut uitgemaakt of er sprake is van een "veilige" of een "niet-veilige" situatie.

Een "niet-veilige" situatie is een situatie waarbij de klacht, de hulpvraag, een of meerdere symptomen en/of tekenen, en een (of meerdere) rode vlag(gen) bevat die voor de kinesitherapeut onbekend of onverklaarbaar zijn. Deze situatie is een absolute, of op zijn minst een relatieve contra-indicatie voor kinesithérapie. De kinesitherapeut zal in dit geval de patiënt doorverwijzen.

Een "veilige" situatie houdt in dat de kinesitherapeut geen rode vlaggen tijdens het screenen aantreft en in het patroon van de symptomen en/of tekenen een veilige situatie voor kinesitherapeutisch onderzoek herkent. Het diagnostische proces (kinesitherapeutisch onderzoek) kan dan gestart worden.

b. Kinesitherapeutisch onderzoek

In het kader van Directe Toegang tot de Kinesithérapie zal het kinesitherapeutisch onderzoek van een persoon die zich rechtstreeks aanmeldt bij de kinesitherapeut, pas worden uitgevoerd wanneer de screening een "veilige situatie" aanduidt.

"**Kinesitherapeutisch onderzoek van de functionele gezondheidstoestand van kinderen, adolescenten en volwassenen**" wordt in de lijst C1 van hoofdstuk C, II, 2, voorgesteld als een handeling/verstrekking waarvoor geen medisch voorschrift nodig is.

De kinesitherapeut zal ook gedurende het diagnostische proces alert blijven op rode vlaggen, alsook op onbekende patronen of op bekende patronen met één of meer afwijkende symptomen dan wel een afwijkend/ ongunstig beloop, waarvoor in al die situaties verwijzing naar een arts nodig is. Door middel van klinisch redeneren koppelt de kinesitherapeut de eigen observaties, testbevindingen en interpretaties aan zijn/haar medische kennis om zodoende te beredeneren welke volgende stappen genomen moeten worden voor het kinesitherapeutisch handelen.

De verzamelde onderzoeksbevindingen worden in het Kinesitherapeutisch Dossier (KTD) genotuleerd⁴ en elektronisch op een beveiligde manier opgeslagen. Zij vormen de basis van het kinesitherapeutisch zorgplan en behandeling. In samenspraak met de patiënt kan een schriftelijk verslag naar de arts/tandarts verstuurd worden, eventueel via digitale weg gebruik makend van de eHealth-diensten.

¹ John Murtagh, *John murtagh's general practice 6th edition, ISBN-13: 978-0070285385*

² KCE, *Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling KCE reports 119A*

³ Nadeem A. (Ed), *Alarm bells in medicine. Oxford: Blackwell/ BMJ Publishing, 2005: 169 blz. ISBN: 0-7579 1819-2*

⁴ *Notulering conform het ICF-begrippenkader van de WGO.*

c. Kinesitherapeutische behandelingen

Het therapeutisch proces mag enkel starten wanneer er sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele kinesitherapeut herkenbaar patroon van signalen, symptomen en tekenen zonder generieke en specifieke rode vlaggen.

De directe toegang tot de kinesitherapeutische behandelingen wordt strikt verbonden aan **volgende voorwaarden:**

1. Zowel het screeningsproces als het diagnostische proces mogen geen rode vlaggen aanwijzen.
2. In het kinesitherapeutisch onderzoek mogen geen onbekende patronen of onverklaarbare tekenen, symptomen, situaties en/of ernstige functioneringsproblemen worden vastgesteld die kunnen duiden op een ernstige problematiek. De patiënt wordt dan geadviseerd om (dringend) contact op te nemen met de arts die alsnog, na medisch onderzoek, een voorschrift voor kinesitherapie kan opstellen.
3. Er is eveneens geen indicatie voor het starten van een kinesitherapeutische behandeling als er wordt vermoed dat de klachten ook zonder behandeling overgaan en/of als een andere medische zorg aangewezen is.
4. Er wordt in samenspraak met de patiënt een kennisgeving aan de arts / tandarts bezorgd eventueel via digitale weg.
5. De patiënt die zich rechtstreeks tot de kinesitherapeut wendt zonder voorschrift, bevestigt in zijn/haar verklaring:
 - dat de kinesitherapeut zijn/haar hulpvraag heeft vastgesteld;
 - dat de kinesitherapeut een screening en/of een kinesitherapeutisch onderzoek heeft uitgevoerd;
 - dat hij/zij zich in de gegeven omstandigheden akkoord verklaart met Directe Toegang.De verklaring kan ook worden afgelegd door een vertrouwenspersoon of een vertegenwoordiger van de hulpvrager (bv bij dementie, palliatieve situaties), door een van de ouders of de voogd (ingeval de hulpvrager een kind of adolescent jonger dan 16 jaar is).
6. De kinesitherapeut die in het kader van Directe Toegang handelingen en verstrekkingen verricht zonder voorschrift bevestigt in zijn/haar verklaring:
 - kennis te hebben genomen van de hulpvraag;
 - een screening en een kinesitherapeutisch onderzoek te hebben uitgevoerd;
 - zich in de gegeven omstandigheden akkoord te verklaren met Directe Toegang.

De kinesitherapeut bezit de deskundigheid en de vaardigheden om de stoornissen, beperkingen en problemen in verschillende lichaamsstelsels en doelgroepen te identificeren en hun ernst en omvang conform de ICF / WHO¹ te specificeren.

In het kader van Directe Toegang tot de Kinesitherapie worden uitsluitend de lichte en matige stoornissen, beperkingen en problemen autonoom behandeld, zonder medische tussenkomst of voorschrift, en dit op een veilige en effectieve wijze volgens de actuele wetenschappelijke inzichten en praktijkrichtlijnen. Uiteraard kan elke arts verder, zoals in het verleden, steeds elke kinesitherapeutische handeling of verstrekking blijven voorschrijven. De kinesitherapeut reikt ook oplossingen aan voor de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten in de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) met o.a. beperkingen van het voortbewegen, verplaatsen/ mobiliteit, zelfverzorging, huishoudelijke activiteiten;...) en met zijn/haar deelname aan het maatschappelijk leven (beroep, sport, hobby). De kinesitherapeut verstrekt eveneens voorlichting, advies en educatie met individuele coaching, (stimulering tot) zelfmanagement, zelfregulering en responsabilisering.

In de lijst C1 van hoofdstuk C, II, 3 worden de Kinesitherapeutische behandelingen van lichte en matige stoornissen, beperkingen en problemen per lichaamsstelsel en doelgroep, opgelijst als handelingen/verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is. De ernstige en volledige stoornissen, beperkingen en problemen (lijst C2) vereisen wel een medisch voorschrift.



¹ *Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.*

C. LIJST VAN KINESITHERAPEUTISCHE HANDELINGEN EN VERSTREKKINGEN WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT NIET VERPLICHT IS, ALSOOK WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT VERPLICHT IS .

C1 = Kinesitherapeutische handelingen en verstrekkingen waarvoor een medisch voorschrift niet verplicht is. Uiteraard kan elke arts verder, zoals in het verleden, steeds elke kinesitherapeutische handeling of verstrekking blijven voorschrijven.

C2 = Kinesitherapeutische handelingen en verstrekkingen waarvoor een medisch voorschrift verplicht is.

I. KINESITHERAPIE IN HET KADER VAN PREVENTIE EN GEZONDHEIDSPROMOTIE

◆ Analyse van de functionele gezondheidstoestand, voorlichting, advies en educatie.	
◆ Individuele coaching/sturing, (stimulering tot) zelfmanagement, zelfregulering en responsabilisering.	
◆ Stimulering van het activatie- en participatieniveau in het kader van preventie.	

II. KINESITHERAPIE BINNEN DE EERSTELIJNSZORG EN DE WELZIJNSZORG

1. SCREENING

◆ Kinesitherapeutische screening.	
-----------------------------------	--

2. ONDERZOEK

◆ Kinesitherapeutisch onderzoek van de functionele gezondheidstoestand van kinderen, adolescenten en volwassenen	▪ Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek
--	--

3. BEHANDELINGEN

3.1. situaties in het musculoskeletaal stelsel

◆ Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het musculoskeletaal stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het musculoskeletaal stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie ² .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intense kinesitherapie noodzakelijk is ³ .

3.2. situaties in het cardiorespiratoir stelsel

◆ Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige ¹ stoornissen van de respiratoire functie, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het cardiorespiratoir stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen
◆ Advies en educatie van het bronchiaal toilet.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie ² .
◆ Continuering van cardiorespiratoire training onder supervisie van de kinesitherapeut.	▪ Kinesitherapeutische behandeling na intensieve verzorging ³ .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is ⁴ .

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, art. 7, § 3, 2^{de} lid, 3^o. (hierna "E-lijst").

³ Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art. 7, § 14, 5^o, A. (hierna "Fa-lijst").

⁴ Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art. 7, § 14, 5^o, B. (hierna "Fb-lijst").

3.3. situaties in het zenuwstelsel

◆ Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het zenuwstelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het zenuwstelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie ² .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is ³ .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is ⁴ .

3.4. situaties in het vaatstelsel, bindweefsel en huid

◆ Kinesitherapeutische behandeling bij lichte en matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het veneus en lymfatisch stelsel, bindweefsel en huid, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het vaatstelsel, bindweefsel en huid, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie ² .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is ⁴ .



¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

3.5. Perinatale kinesitherapie en bekkenbodembreëducatie

◆ Kinesitherapeutische begeleiding van de vrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en de 3 maanden postpartum.	
◆ Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen eigen aan de perinatale periode ⁵ .	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen eigen aan de perinatale periode ⁵ .
◆ Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige ¹ stoornissen van functies en/of anatomische eigenschappen in de abdominopelvische regio, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen in de abdominopelvische regio, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is ³ .

3.6. Kinesitherapie bij kinderen & adolescenten tot de 16^e verjaardag

◆ Kinesitherapeutische behandeling van kinderen & adolescenten tot de 16 ^e verjaardag met lichte tot matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen, eigen aan de ontwikkeling.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van kinderen & adolescenten tot de 16 ^e verjaardag met ernstige of volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie ² .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is ³ .
	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is ⁴ .

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

⁵ de perinatale periode situeert zich tijdens de zwangerschap en de drie maanden post-partum.

3.7. Kinesithérapie bij ouderen

◆ Kinesitherapeutische behandeling van ouderen met lichte en matige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van ouderen met ernstige of volledige ¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.
	◆ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithérapie nodig is ⁴ .

3.8. Kinesithérapie bij geestelijke gezondheidsproblemen en psychomotorische stoornissen

◆ Het concipiëren en uitwerken van kinesitherapeutische behandelingen bij kinderen, adolescenten en volwassenen met lichte tot matige ¹ psychomotorische stoornissen in functies en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.	▪ Kinesitherapeutische behandeling van kinderen, adolescenten en volwassenen met ernstige ¹ functioneringsproblemen gerelateerd aan geestelijke gezondheidsproblemen en psychomotorische stoornissen.
◆	▪ Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithérapie nodig is ⁴ .

3.9. Kinesithérapie bij chronische aandoeningen en comorbiditeiten.

◆ Continuering van de kinesitherapeutische behandeling op basis van diagnosestelling op het initiële voorschrift.	Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesithérapie ² .
	Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithérapie nodig is ⁴ .

Rog

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

BIJLAGE I : KWANTIFICERING EN TYPERING

Functioneringsproblemen¹ worden in de ICF van de WGO qua ernst beschreven als licht, matige, ernstig of totaal (volledig) en gekwantificeerd op een vijfpuntschaal (typering) van 0 (geen stoornis of beperking) tot en met 4 (totale of volledige stoornis of beperking) zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Ernst	Typeringen en "mate of omvang" van de stoornis of van de "graad" van functionele beperkingen
GEEN	0 = geen, afwezig, verwaarloosbaar, 0-4% ⁽¹⁾
	GEEN stoornis
	GEEN beperking of participatieprobleem
LICHT	1 = gering, laag, 5-24% ⁽¹⁾
	LICHTE stoornis
	LICHTE beperking of participatieprobleem
	De impact van de klachten op het dagelijks functioneren en de duur van de klachten kunnen toch een reden zijn om gepaste hulp te bieden
MATIG	2 = tamelijk, 25-49% ⁽¹⁾
	MATIGE stoornis
	MATIGE beperking of participatieprobleem
	Er is sprake van matige waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren
ERNSTIG	3 = hoog, sterk, aanzienlijk, 50-95% ⁽¹⁾
	ERNSTIGE stoornis
	ERNSTIGE beperking of participatieprobleem
	Er is sprake van ernstige waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren
TOTAAL	4 = totaal, volledig ... 96-100% ⁽¹⁾
	VOLLEDIGE stoornis
	VOLLEDIGE beperking of participatieprobleem
	VOLLEDIG a-functioneel mbt motorische beperkingen ⁽²⁾
	Er is sprake van volledige beperkingen in het dagelijks functioneren
	8 = niet gespecificeerde stoornis, beperking of participatieprobleem ⁽¹⁾
	9 = niet van toepassing ⁽¹⁾

Literatuur

- (1) Kwantificering en typering volgens de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (International Classification of Functioning ICF /WHO) (<http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>)
- (2) Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Hulpmiddelenfiches en toetstabellen (Simulatie D&I 2011-2012). www.vaph.be/vlafo/download/nl/8229535/bestand
- (3) Fonds voor wetenschappelijk reumaonderzoek, Allen actief ... ook met reuma, deel 1 en 2, op (<http://www.reumanet.be/>)
- (4) RIZIV Multidisciplinair functioneringsrapport (bijlage 19bis), <http://www.riziv.fgov.be>

¹ In de International Classification of Functioning (<http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>) duidt een functioneringsprobleem op een stoornis, beperking, participatieprobleem of belemmerende factor, afhankelijk van de betreffende categorie.

BIJLAGE II : VERDUIDELIJKINGEN BIJ DE LIJST VAN KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT NIET VERPLICHT IS, ALSOOK WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT VERPLICHT IS.

Legende

C1 = Kinesitherapeutische handelingen en verstrekingen waarvoor een medisch voorschrift niet verplicht is. Uiteraard kan elke arts verder, zoals in het verleden, steeds elke kinesitherapeutische handeling of verstreking blijven voorschrijven.

C2 = Kinesitherapeutische handelingen en verstrekingen waarvoor een medisch voorschrift vereist is. Dit medisch voorschrift wordt beschreven in Art. 43. § 6. van de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

1. situaties in het musculoskeletaal stelsel

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het musculoskeletaal stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige musculoskeletale problematiek: pijnklachten in spieren of gewrichten, spierspanningen die normale bewegingsfuncties verhinderen, toegenomen gewrichtsstijfheid, instabiliteitsklachten, posturale en proprioceptieve stoornissen, lichte verzwikkingen.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het musculoskeletaal stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige musculoskeletale en/of volledig a-functionele problematiek: orthopedische aandoeningen (anatomische deformaties, asafwijkingen, tendinopathie graad III & IV), ernstige traumatische situaties (zware distorsies & musculaire strains, kliniek met verdenking op fracturen).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie².**
 - *Ernstige gewrichtsdysfuncties t.g.v. hemofilie, erfelijke bindweefsel-aandoeningen (osteogenesis imperfecta van het type III en I, Ehlers-Danlos-syndroom, chondrodysplasieën, Marfan-syndroom).*
 - *Evolutieve scoliose met een kromming van minstens 15° (of hoek van Cobb) bij rechthebbenden onder de 18 jaar; artrogrypose.*
 - *Chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis zoals Reumatoïde artritis, Spondyloartropathie, Juvenile chronische artritis, Systemische lupus, Sclerodermie, Primair syndroom van Sjögren.*
 - *Structurele anomalie van het locomotorisch stelsel die ernstige functionele stoornissen veroorzaakt.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is³.**
 - *Posttraumatische of postoperatieve aandoeningen.*
 - *Situaties in het domein van de orthopedie – traumatologie: breuken, luxaties, ernstige verstuikingen met gehele of partiële ruptuur van één of meerdere ligamenten, adhesieve capsulitis (frozen shoulder) gekenmerkt door een kapsulair patroon (glenohumerale bewegingsbeperking).*

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

2. situaties in het cardiorespiratoir stelsel

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige¹ stoornissen van de respiratoire functie, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige stoornissen en functioneringsproblemen van respiratoire oorsprong: stoornissen in het normaal ademhalingspatroon, verminderde ademdiepte, hyperventilatie, paradoxale ademhaling.*
- ◆ **Advies en educatie van het bronchiaal toilet**
 - *Aanleren van ademhalingstechnieken, incentive breathing, ademhalingsspiertraining, relaxatie.*
- ◆ **Continuering van cardiorespiratoire training onder supervisie van de kinesitherapeut**
 - *Na de revalidatie tijdens hospitalisatie (fase I) en na het voorgeschreven ambulante of poliklinische cardiaal revalidatieprogramma (fase II) hebben gestabiliseerde hartpatiënten nood aan een gestructureerd onderhoudsprogramma (fase III) om de bereikte fysieke conditie en ingezette leefstijlveranderingen te behouden onder supervisie van de kinesitherapeut (secundaire preventie). Cardiorespiratoire training heeft een grote positieve invloed op de morbiditeit en mortaliteit van hartpatiënten.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het cardiorespiratoir stelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige cardiorespiratoire en/of volledig a-functionele problematiek die vitale gezondheidsrisico's kunnen inhouden: angor pectoris, dyspnoe, slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen, verminderd algemeen fysiek uithoudingsvermogen, verminderde aërobe capaciteit, vermoeibaarheid (verlaagde Inspanningstolerantie, functiestoornissen gerelateerd aan het respiratoire en cardiovasculaire vermogen vereist voor het volhouden van fysieke inspanning).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie².**
 - *Longaandoeningen (mucoviscidose; bronchiëctasieën; obstructieve of restrictieve longaandoeningen; recidiverende pulmonaire infecties; broncho-pulmonaire dysplasie met zuurstofafhankelijkheid).*
- **Kinesitherapeutische behandeling na intensieve verzorging³.**
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is⁴.**
 - *Ademhalingsinsufficiëntie.*

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

3. situaties in het zenuwstelsel

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het zenuwstelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige stoornissen en functioneringsproblemen: pijnklachten, sensibiliteitsveranderingen (veranderde gevoelsgevoelens, tactiele perceptiestoornis), coördinatioestoornissen, motor control stoornissen, stoornis in balans en bewegingsgevoel.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het zenuwstelsel, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige neurologische en/of volledig a-functionele problematiek: valneigingen, draaiduizeligheid (vertigo), misselijkheid optredend bij duizeligheid of draaiduizeligheid, oorklachten (druk op oor, tinnitus), uitvalsverschijnselen en/of radiculaire symptomen en tekenen bij personen met nek-, lage rug – of hoofdpijnklachten, evenwichtsstoornissen als verschijnsel van neurologische aandoeningen; anamnese met comorbiditeiten (hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes mellitus).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie².**
 - *Uitgebreide perifere verlamming, monoplegie, syndroom van Guillain Barré.*
 - *Evolutieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met een uitgebreid motorisch gebrek zoals bv multiple sclerose, ziekte van Parkinson, amyotrofische laterale sclerose.*
 - *Uitgebreide motorische sequellen van encefale of medullaire oorsprong zoals hersenverlamming, hemiplegie, spina bifida, cerebellair syndroom.*
 - *Myopathieën, progressieve erfelijke musculaire dystrofieën, myotonia congenita van Thomsen en auto-immune polymyositis.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is³.**
 - *Posttraumatische of postoperatieve aandoeningen.*
 - *Motorisch deficit en invalidering als gevolg van mononeuropathie (bijvoorbeeld dropvoet, drophand); motorische of gemengde polyneuropathie; myopathie.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is⁴.**
 - *Chronische motorische of gemengde polyneuropathie.*
 - *Primaire cervicale dystonie.*

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in ijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

4. situaties in het vaatstelsel, bindweefsel en huid.

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling bij lichte en matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het veneus en lymfatisch stelsel, bindweefsel en huid, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige stoornissen en functioneringsproblemen: pijnklachten, gewrichtsstijfheid, stugheid en bewegingsbeperking tgv oedeem, huidretracties, adhaesies, contracturen of hypertroof littekenweefsel welke secundair ook beperkingen in activiteiten veroorzaken.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen van het vaatstelsel, bindweefsel en huid, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige en/of volledig a-functionele problematiek: diepe veneuze thrombose, veneuze insufficiëntie, cardiovasculaire problematiek, oncologische problematiek, neurovasculaire problematiek (TOS), claudicatio intermittens, anamnese met co-morbiditeiten (hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes mellitus).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesitherapie²**
 - *Lymfoedeem.*
 - *Sequellen van zware brandwonden ter hoogte van de ledematen en/of de hals tijdens de evolutieve fase.*
 -
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is⁴.**
 - *Lymfoedeem.*



¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in ijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

5. Perinatale kinesitherapie en bekkenbodembreëducatie.

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische begeleiding van de vrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en de 3 maanden postpartum.**
 - *De kinesitherapeutische begeleiding bestaat uit advies en informatie rond arbeid en bevalling; ergonomische adviezen betreffende houding, heffen, tillen en dragen zodat het risico op latere rug- en bekkenklachten, en incontinentie wordt vermeden; aanleren van oefeningen die de algemene conditie, circulatie, houding en de abdomino-pelvische stabiliteit behouden, verbeteren of herstellen, oefeningen ter optimalisering van de ademhaling, ontspanning en arbeid tijdens de bevalling.*
- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen eigen aan de perinatale periode.**

Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige functionele stoornissen: lagerug- en heupklachten van musculaire oorsprong, bekkeninstabiliteit en bekkenbodembreëklachten.
- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van lichte en matige¹ stoornissen van functies en/of anatomische eigenschappen in de abdomino-pelvische regio, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige functionele stoornissen van de bekkenbodemspieren en organen welke zowel de ADL als deelname aan het sociaal leven kunnen hinderen.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen eigen aan de perinatale periode.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige stoornissen en/of volledig a-functionele problematiek: intraabdominale en intrapelvische pijnklachten, ernstige bekkeninstabiliteit, ernstige incontinentie.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van ernstige en volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen in de abdomino-pelvische regio, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op ernstige en/of volledig a-functionele problematiek van uro-, gynaeco-, colo-, of proctologische oorsprong.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesitherapie noodzakelijk is³.**
 - *Situaties die een uro-, gynaeco-, colo-, of proctologische revalidatie vereisen*
 - *Bewezen neuropathie, zowel bij vrouwen als bij mannen.*
 - *Postoperatieve revalidatie van sfincter disfunctie na radicale prostatectomie of adenomectomie, na totale cystectomie met vervangblaas ingeplant op de urethra bij patiënten die lijden aan urinaire incontinentie en/of verminderd aandranggevoel, na verwijdering van een deel van het spijsverteringskanaal, met behoud van de anale sfincter.*
 - *Verzakking van blaas, rectum of baarmoeder na een chirurgische ingreep.*
 - *Functionele aandoeningen bij kinderen tot de 16e verjaardag t.g.v. disfuncties of misvormingen (dissynergie tussen blaas en sfincter; recidiverende urinewegeninfecties; postoperatief syndroom van urethraleppen; vesicale immaturiteit; encopresis bij het kind.*

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

6. Kinesithherapie bij kinderen & adolescenten tot de 16^e verjaardag

C1

Kinesitherapeutische behandeling van kinderen & adolescenten tot de 16^e verjaardag met lichte tot matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen, eigen aan de ontwikkeling.

- *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige functionele stoornissen: lichte en matige houdingsafwijkingen, gang- en standsafwijkingen en groeigerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat; foutieve bewegingspatronen; het vertraagd bereiken van de motorische mijlpalen; schrijfmotorische ontwikkelingsproblemen.*

C2

Kinesitherapeutische behandeling van kinderen & adolescenten tot de 16^e verjaardag met ernstige of volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.

- *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige stoornissen en/of volledig a-functionele problematiek: ernstige gangafwijkingen, ernstige aangeboren of verworven statiekafwijkingen, ernstige motorische ontwikkelingsproblemen en beperkingen.*
- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesithherapie².**
 - *Uitgebreide motorische sequelen van encefale of medullaire oorsprong (hersenvlamming 'Cerebral Palsy', spina bifida).*
 - *Spits- en klompvoet, bij een kind jonger dan 2 jaar.*
 - *Ernstige gewrichtsdysfunctie ten gevolge van hemofilie, erfelijke bindweefselaandoeningen (osteogenesis imperfecta van het type III en IV, Ehlers- Danlos-syndroom, chondrodysplasieën, Marfan-syndroom), evolutieve scoliose met een kromming van minstens 15° (of hoek van Cobb) en tgv artrogrypose.*
 - *Chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis (juvenile chronische artritis).*
 - *Chronische longaandoeningen (mucoviscidose).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende een korte periode intensieve kinesithherapie noodzakelijk is³.**
 - *Neonatale situaties*
 - *Ademhalingsinsufficiëntie met tracheo-, laryngo- of bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties.*
 - *Functionele aandoeningen tengevolge van één van de volgende disfuncties of misvormingen: urinaire aandoeningen; dissynergie tussen blaas en sfincter; recidiverende urineweginfecties; postoperatief syndroom van urethraleppen; vesicale immaturiteit; encopresis bij het kind*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithherapie nodig is⁴.**
 - *Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen.*

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

7. Kinesithherapie bij ouderen

C1

- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van ouderen met lichte en matige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties van de thuiswonende en instellingsgebonden oudere met onzekere gang, immobiliteit, verminderde fysieke fitheid en/of veelvuldige valpartijen. Oudere en frêle personen hebben meer en meer nood aan een regelmatige deelname aan een gestructureerd multifunctioneel trainingsprogramma met een goede combinatie van cardiorespiratoire training en krachtraining, zodat ze hun onafhankelijkheid en zelfredzaamheid zo lang mogelijk kunnen bewaren.*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van ouderen met ernstige of volledige¹ stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen, en van de beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die kunnen duiden op ernstige stoornissen en/of volledig a-functionele problematiek: evenwichtsstoornissen als verschijnsel van neurologische aandoeningen; anamnese met co-morbiditeiten (hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes mellitus, cardiovasculaire insufficiëntie).*
- ◆ **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithherapie nodig is⁴.**
 - *Situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken voor rechthebbenden vanaf hun 65^{ste} verjaardag.*



¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

8. Kinesithérapie bij geestelijke gezondheidsproblemen en psychomotorische stoornissen

C1

- ◆ **Het concipiëren en uitwerken van kinesitherapeutische behandelingen bij kinderen, adolescenten en volwassenen met lichte tot matige¹ stoornissen in de psychomotorische functies, en van de gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of participatieproblemen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op lichte en matige ontwikkelingsachterstand en/of stoornissen op motorisch vlak, coördinatie, lateralisatie, manuele vaardigheid, schrijfmotoriek, lichaamsschema en ruimtelijke oriëntatie). Deze stoornissen worden door de kinesitherapeut behandeld met functionele training/therapie (optimaliseren van motorische en cognitieve componenten) en/of met psychomotorische kinesithérapie (optimaliseren van fijn- en grootmotorische vaardigheden, schrijfmotoriek, ruimtelijk- visuele vaardigheden en structureel inzichtelijke vaardigheden).*

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van kinderen, adolescenten en volwassenen met ernstige¹ functioneringsproblemen gerelateerd aan geestelijke gezondheidsproblemen en/of psychomotorische stoornissen.**
 - *Patronen, symptomen, tekenen of situaties die duiden op ernstige motorische ontwikkelingsachterstand, ernstige motorische beperkingen, gedragsproblemen en/of mentale aandoeningen.*
 - *Chronische pijnpatiënten met catastrofale interpretaties over pijn, afwijkend bewegingsgedrag, bewegingsangst, vermijdingsgedrag en fysische deconditionering kunnen door de kinesitherapeut behandeld worden binnen een bio-psycho-sociaal model (WHO-ICF).*
- **Kinesitherapeutische behandeling van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithérapie nodig is³.**
 - *Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen.*

9. Kinesithérapie bij chronische aandoeningen en comorbiditeiten

C1

- **Continuering van de kinesitherapeutische behandeling op basis van diagnosestelling op het initiële voorschrift.**

De chronische aandoeningen en comorbiditeiten die voorafgegaan werden met een medisch gestelde diagnose van zware aandoening² of chronische aandoening⁵ op het initieel voorschrift komen in aanmerking om binnen de goedgekeurde behandelperiode zonder verder voorschrift kinesitherapeutische zorgen te voorzien.

Na het initiële voorschrift met vermelde diagnose in de chronische evolutieve of functionele sfeer (zoals b.v. Parkinson, MS, adhesieve capsulitis, gangrevalidatie 65+) kunnen patiënten rechtstreeks hun vraag tot continuering van de kinesitherapeutische zorg stellen zonder zich telkenmale tot de voorschrijver te moeten wenden.

C2

- **Kinesitherapeutische behandeling van zware aandoeningen die een verhoogde nood hebben aan kinesithérapie² en van aandoeningen waarvoor gedurende meerdere jaren regelmatig kinesithérapie nodig is³.**

¹ Kwantificering en typering van de ernst van stoornissen, beperkingen en problemen conform WHO-ICF, toegelicht in bijlage II.

² E-lijst

³ Fa-lijst

⁴ Fb-lijst

⁵ Koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

BIJLAGE III : DE KWALIFICATIE VAN DE KINESITHERAPEUT

De kwalificatievereisten worden bepaald door de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

Hoofdstuk 3. De uitoefening van de kinesitherapie.

Art. 43. § 1. In afwijking van artikel 3, § 1, en zonder de betekenis van het begrip "de geneeskunde", bepaald in dit artikel, te beperken, mag niemand de kinesitherapie uitoefenen die niet houder is van een erkenning afgegeven door de minister bevoegd voor Volksgezondheid.

De houders van de erkenning, bedoeld in het eerste lid, die voldoen aan de criteria bedoeld in artikel 92, § 1, 4°, kunnen de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verkrijgen, voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, c), van de Ziekteverzekeringwet van 14 juli 1994, bedoelde verstrekkingen.

§ 2. De Koning kan de voorwaarden en regels bepalen voor het verkrijgen, het behouden en het intrekken van de in paragraaf 1 bedoelde erkenning en van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Deze erkenning mag enkel toegekend worden aan de houder van een universitair diploma in kinesitherapie of een diploma van hoger onderwijs buiten de universiteit in kinesitherapie dat een opleiding in het kader van een voltijds onderwijs bekroont dat ten minste vier studiejaar omvat.

§ 3. Niemand mag de beroepstitel van kinesitherapeut dragen die niet houder is van de in paragraaf 1 bedoelde erkenning.

§ 4. Als onwettige uitoefening van de kinesitherapie wordt beschouwd, het gewoonlijk verrichten door een persoon die er niet toe gemachtigd is krachtens paragraaf 1 van:

1° systematische handelingen met als doel functieproblemen van spierskeletale, zenuwfysiologische, respiratoire, cardiovasculaire en psychomotorische aard te verhelpen door het toepassen van een of meerdere van de volgende vormen van therapie:

a) de lichaamsoefeningstherapie, zijnde het tot een geneeskundig doel door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen, met of zonder fysieke bijstand;

b) de massagetherapie, zijnde het tot een geneeskundig doel toepassen van massagetechnieken op de patiënt;

c) de fysieke therapieën, zijnde het tot geneeskundig doel aan de patiënt toedienen van niet-invasieve fysieke prikkels, zoals elektrische stromen, elektromagnetische stralingen, ultrageluiden, warmte- en koudeapplicaties en balneotherapie;

2° het verrichten van onderzoeken en het opstellen van balansen van de motoriek van de patiënt met als doel bij te dragen tot het stellen van een diagnose door een arts of een behandeling bestaande uit de in het 1° bedoelde handelingen in te stellen;

3° het concipiëren en het uitwerken van behandelingen bestaande uit de onder het 1° bedoelde handelingen;

4° de perinatale kinesitherapie en de bekkenbodembreëducatie.

§ 5. De Koning kan de onder paragraaf 4 bedoelde handelingen nader bepalen.

§ 6. De krachtens paragraaf 1 erkende personen mogen enkel kinesitherapie uitoefenen ten aanzien van de patiënten die op grond van een voorschrift door een persoon worden verwezen die krachtens artikel 3, § 1, eerste lid, gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen of, voor wat de kinesitherapie betreft voor temporomandibulaire dysfuncties, die verwezen worden door een persoon die krachtens artikel 4 gemachtigd is om de tandheelkunde uit te oefenen.

Dit voorschrift is schriftelijk, eventueel onder elektronische vorm of telefax. Het vermeldt in elk geval de diagnose of de diagnostische gegevens van de arts, of in voorkomend geval van de tandheelkundige, het maximum aantal behandelingenbeurten bij de kinesitherapeut en de eventuele contra-indicaties voor bepaalde behandelingswijzen. Het kan ook de prestatie of de prestaties vermelden die de arts, of in voorkomend geval de tandheelkundige, vraagt.

Wanneer de voorschrijvende arts, of in voorkomend geval de tandheelkundige, ermee instemt, mag de kinesitherapeut ook andere dan de voorgeschreven prestaties verrichten of de voorgeschreven prestaties niet verrichten.

Op verzoek van de voorschrijvende arts, of in voorkomend geval de tandheelkundige, bezorgt de kinesitherapeut hem een verslag over de uitvoering van de behandeling en de verkregen resultaten.

De Koning kan de lijst vaststellen van de redenen waarom en de situaties waarin personen erkend krachtens paragraaf 1 kunnen afwijken van de in het eerste lid bedoelde voorwaarde.

Art. 44. § 1. Bij de minister bevoegd voor Volksgezondheid, wordt een Federale Raad voor de Kinesitherapie ingesteld.

§ 2. De Federale Raad voor de Kinesitherapie heeft tot taak aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid, op diens verzoek of op eigen initiatief, advies te verstrekken over alle aangelegenheden in verband met de

kinesithérapie.

§ 3. De Federale Raad voor de Kinesithérapie kan ook de regeringen van de gemeenschappen, op hun verzoek, advies verstrekken over alle aangelegenheden in verband met de studies en opleiding van de kinesitherapeuten.

§ 4. De Federale Raad voor de Kinesithérapie bestaat uit:

1° veertien leden, kinesitherapeuten, die de kinesithérapie uitoefenen en die een minimale ervaring van tien jaar bezitten van wie ten minste vier personen hun beroep sedert ten minste tien jaar uitoefenen in het universitair onderwijs in de kinesithérapie of in het hoger onderwijs buiten de universiteit in de kinesithérapie;

2° zes leden die gemachtigd zijn om de geneeskunde uit te oefenen krachtens artikel 3, § 1, waarvan drie beoefenaars van de huisartsgeneeskunde en drie beoefenaars van verschillende medische specialismen, waaronder één de fysieke geneeskunde uitoefent;

3° twee ambtenaren die de minister bevoegd voor Volksgezondheid vertegenwoordigen. De in het 3° bedoelde ambtenaren hebben zitting met raadgevende stem en verzorgen het secretariaat van de Raad. Aan elk lid van de Raad wordt een plaatsvervanger toegevoegd, die onder dezelfde voorwaarden wordt benoemd.

§ 5. De gewone en plaatsvervangende leden worden door de Koning benoemd voor een termijn van zes jaar, die eenmaal kan worden verlengd. De leden bedoeld in paragraaf 4, 1° en 2° worden benoemd op basis van dubbele lijsten, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen en -organisaties van de betrokken personen.

§ 6. Bij de eerste samenstelling van de Federale Raad voor de Kinesithérapie kunnen beschouwd worden als kinesitherapeuten de personen erkend door de dienst geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, op voorstel van de Erkenningsraad voor de kinesitherapeuten van dit instituut.

§ 7. De Koning regelt de organisatie en de werking van de Federale Raad voor de Kinesithérapie.

De Raad kan alleen geldig beraadslagen wanneer ten minste de helft van de gewone leden aanwezig zijn of door hun plaatsvervanger vertegenwoordigd zijn. Indien de leden van de Federale raad voor de Kinesithérapie niet in voldoende aantal aanwezig zijn, roept de voorzitter een tweede vergadering met dezelfde agenda bijeen.

De Raad kan dan geldig beraadslagen ongeacht het aantal aanwezige leden. De Raad spreekt zich uit bij meerderheid der aanwezige leden. Bij staking van stemmen is het punt waarover werd gestemd niet aangenomen.

De beslissingen van de Raad, voor wat betreft de in artikel 143, eerste lid, bedoelde adviezen worden genomen bij tweederdemeerderheid van de in paragraaf 4, eerste lid, 1° en 2°, bedoelde leden voor zover deze meerderheid bestaat uit ten minste een in paragraaf 4, eerste lid, 2°, bedoeld lid.

Directe toegang tot de kinesitherapie (DTK¹).

Cogneau Y., Németh T., Stappaerts K., Vermeeren L.

Inleiding

Onder directe toegang tot de kinesitherapie of zelfverwijzing door de patiënt wordt het wettelijk recht verstaan om zorg te verlenen aan patiënten door kinesitherapeuten zonder dat de patiënt dient te beschikken over een voorschrift of verwijzing door een arts of een tandarts.

Op dit ogenblik is directe toegang tot de kinesitherapie wettelijk niet mogelijk. Artikel 43, §6, van de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen stelt dat kinesitherapeuten enkel kinesitherapie mogen uitoefenen ten aanzien van de patiënten die op grond van een voorschrift door een arts worden verwezen. De tekst preciseert echter ook dat de Koning de lijst kan vaststellen van de redenen waarom en de situaties waarin kinesitherapeuten mogen afwijken van de hierboven genoemde voorwaarde.

In de dagelijkse praktijk stelt men zeer regelmatig vast dat patiënten zich bij een kinesitherapeut aanbieden zonder een medisch voorschrift. Het gaat dan dikwijls om patiënten die lijden aan een musculoskeletale aandoening gekenmerkt door lichte en matige stoornissen.

De bovenvermelde gecoördineerde wet bepaalt dat het tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoort onderzoeken te verrichten en balansen op te stellen van de motoriek van de patiënt, met als doel bij te dragen tot het stellen van een diagnose door een arts of een behandeling in te stellen bestaande uit lichaamsoefeningstherapie, massagetherapie of fysieke therapieën. Het concipiëren en het uitwerken van behandelingen door de kinesitherapeut is aldus wettelijk verankerd.

In vele landen, die dikwijls een lager opleidingsniveau van kinesitherapie bezitten dan in België, is directe toegang wel mogelijk. Volgens onderzoek van de World Confederation of Physical Therapy (WCPT) is in meer dan 50 % van de aangesloten Europese landen één of andere vorm van Directe Toegang toepasselijk (4).

De Federale Raad voor de Kinesitherapie (FRK) wenst een advies uit te brengen aangaande een lijst met redenen waarom en situaties waarin kinesitherapeuten kunnen werken zonder de voorwaarde van een medisch voorschrift. Dit gegeven wordt getoetst aan de internationale literatuur terzake.

DTK, een dagelijkse realiteit

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg *in België* neemt de vraag naar directe kinesitherapeutische interventies, zonder een voorafgaande verwijzing door een arts, gestaag toe. Dagelijks wordt de kinesitherapeut geconfronteerd met mondige patiënten die vrij hun therapie en hun therapeut wensen te kiezen. De patiënt of zorgvrager van vandaag erkent de kinesitherapeut als expert van het bewegingsapparaat en wenst van diens specifieke deskundigheid gebruik te maken in het behandelingsproces. In onze evolutie naar een meer toegankelijke kennismaatschappij kunnen patiënten steeds beter voor zichzelf inschatten voor welke musculoskeletale problemen zij zich rechtstreeks tot de kinesitherapeut kunnen wenden..

Acute en chronische klachten, recidieven van reeds gekende pathologie, directe hulp en pijnstilling bij spier- en gewrichtsklachten, taping, valpreventie, bewegingshygiëne, preventieve behandeling, consultatief

¹ Versie 17 februari 2015 met update en eindredactie vanuit de werkgroep DTK van de FRK, in overleg met de eerste auteur.

onderzoek, ergonomisch advies zijn slechts enkele van de talrijke voorbeelden waarvoor de kinesitherapeut vandaag rechtstreeks door de patiënt wordt aangesproken.

Niettegenstaande deze maatschappelijke evolutie mag de kinesitherapeut tot op de dag van heden niet op eigen initiatief het gewenste advies noch de noodzakelijke zorgen verstrekken. Meer zelfs, zonder medisch voorschrift overtreedt de kinesitherapeut de vigerende wetgeving hieromtrent en kan hij voor de onwettige uitoefening van zijn beroepstitel vervolgd worden. Immers, volgens artikel 43 § 6 van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen mag de kinesitherapie in België uitsluitend beoefend worden op voorschrift van een arts, zolang er bij KB geen lijst is vastgesteld met de redenen waarom en de situaties waarin hiervan kan worden afgeweken.

Toch voorziet de wetgever in de RIZIV-nomenclatuur al de mogelijkheid dat de kinesitherapeut zelfstandig een kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt kan uitvoeren in aansluiting met een voorstel tot behandeling. Het "consultatief kinesitherapeutisch onderzoek" kan echter enkel door een arts/ tandarts en niet door een patiënt aangevraagd worden (34). De FRK stelt vast dat in de praktijk van deze mogelijkheid nauwelijks of geen gebruik wordt gemaakt door artsen.

De *verplichting van het medisch voorschrift* heeft consequenties op velerlei vlakken en in meerdere geledingen.

- Het lijkt nogal evident dat er in de huidige context geen optimaal gebruik kan gemaakt worden van de competenties, de wetenschappelijk onderbouwde kennis en de klinische vaardigheden die de kinesitherapeuten in hun opleiding en tijdens hun beroepscurriculum hebben verworven.
- Naast de toegankelijkheid en de continuïteit wordt ook de betaalbaarheid van de kinesitherapeutische zorgen in het gedrang gebracht. Zo worden postoperatieve revalidatie en revalidatiesessies van complexe, invaliderende aandoeningen in instellingen regelmatig onderbroken als gevolg van een voortijdig ontslag. De eerstelijnskinesitherapie kan een dergelijke continuïteit wel verzekeren. Zij biedt kinesitherapeutische zorg op maat aan, volgens de behoefte van de patiënt en dientengevolge aan een finaal gunstiger kostprijs (19).
- De keuze voor therapie en therapeut wordt vaak bemoeilijkt door de verplichte omweg langs de arts. Dit brengt overbodig lange wachttijden (35) met zich mee naast meeruitgaven voor patiënt en gezondheidszorg (23).
- Bij een aantal gezondheidsproblemen wordt er door verschillende patiëntenpopulaties amper gebruik gemaakt van de eerstelijnskinesitherapie. We zien dit in:
 - de curatieve zorg *bij chronische aandoeningen*. Deze laatste treffen 27,2 % van de Belgische bevolking en nemen jaarlijks toe (43). Tot de top 5 van de chronische klachten behoren artrose (27, 32, 41) en chronische rug- en nekaandoeningen (28, 42). Deze kunnen door de kinesitherapeut doeltreffend behandeld worden o.m. met oefentherapie;
 - de adviesvorming en de curatieve zorg *bij lichte musculoskeletale stoornissen* zoals bij sportactiviteiten, arbeidsgerelateerde problemen (RSI) en recidieven van eerdere klachten;
 - advies, oefen- en bewegingstherapie *bij lichamelijke deconditionering en bewegingsarmoede*.
- In de *preventieve gezondheidszorg* wordt laat en onvoldoende gebruik gemaakt van de kinesitherapeutische competenties.
- Veel mensen wensen via hun kinesitherapeut een professioneel begeleid trainingsprogramma te bekomen dat op basis van hun hulpvraag rekening houdt met aanwezige risicofactoren en pathologie. Het betreft onder meer mensen met diabetes, obesitas, lichamelijke deconditionering en sedentaire levensstijl, cardiovasculaire risicofactoren.
- De kinesitherapeut heeft immers de maatschappelijke opdracht om de patiënt/zorgvrager te informeren, te begeleiden en te sturen waar nodig (26).
- Daar het voorschrift in de praktijk meestal weinig dan geen diagnostische of therapeutische meerwaarde inhoudt (3) stelt de patiënt een bezoek aan de arts makkelijker uit. Dit staat een spoedig herstel in de weg en kan de chroniciteit van de klacht in de hand werken.

In heel wat landen is DTK de dagelijkse realiteit. DTK werd er opgenomen in de nationale gezondheidswetgeving.

Internationaal onderzoek (3, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 31) ondersteunt de vraag naar directe toegang. Tevens geeft het de voordelen en de meerwaarde aan van directe toegang aan voor hulpvragers, kinesitherapeuten, artsen en overheid.

Besluit

De bepalingen van Art. 43 § 6 van de gecoördineerde Wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen beperken de kinesitherapeut in de optimale uitvoering van de verworven competenties in het domein van de kinesitherapie.

Tevens maken deze bepalingen het hem moeilijk om dringende kinesitherapeutische zorg te verlenen wanneer de toestand van de patiënt dit vereist. Waar het beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut preventieve handelingen en het leveren van advies uitdrukkelijk aangeeft, en deze elementen ook expliciet zijn opgenomen in de domeinspecifieke leerresultaten van de opleidingen kinesitherapie, is het wettelijk kader hieromtrent achterop gebleven op de maatschappelijke evolutie.

Het valt moeilijk te begrijpen dat enerzijds niet-professionelen mogen adviseren, trainingen mogen geven en zorgvragers mogen begeleiden zonder medisch voorschrift waar anderzijds professioneel daartoe opgeleide kinesitherapeuten hiervoor kunnen vervolgd worden indien zij niet over dit voorschrift beschikken.

De hoge opleidingsgraad van de kinesitherapeut, de vernieuwde visie van de patiënt i.v.m. zijn gezondheidstraject, de ontwikkelingen in het huidig gezondheidsbeleid en last but not least de dagelijkse realiteit van de directe toegang op het werkveld van de kinesitherapeut tonen aan dat de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen in zijn huidige vorm t.a.v. de kinesitherapie sterk achterhaald is en dat het voornemen om dit in de hedendaagse context te herzien dient te worden aangemoedigd.

De vraag tot aanpassing tot Directe Toegang tot de Kinesitherapie is legitiem en noodzakelijk, niet enkel voor de kinesitherapeut om illegale praktijken te vermijden, doch in het bijzonder voor de patiënt/zorgvrager die steeds vaker op eigen initiatief en op het juiste ogenblik optimale zorg en advies van de kinesitherapeut vraagt.

De overheid dient actie te ondernemen om de uitoefening van de kinesitherapie wettelijk te omkaderen met een regelgeving die beter aangepast is aan het beroepscompetentieprofiel van de kinesitherapeut (26) en aan de hedendaagse praktijk.

De Nationale Raad (NRK) voor de Kinesitherapie en AXXON hebben deze materie in 2013 als een aandachtspunt vooropgesteld. Derhalve is in de schoot van de NRK, thans Federale Raad voor de Kinesitherapie (FRK), een werkgroep aanpassingen voor het KB nr. 78 (thans gecoördineerde Wet van 10 mei 2015) in het leven geroepen.

DTK vanuit het standpunt van de zorgvrager

Het ligt voor de hand dat DTK een betere zorgtoegankelijkheid biedt voor de patiënt en tevens een grotere keuzevrijheid van kinesitherapeut. De wachttijd voor kinesitherapeutische zorg is minder lang bij DTK dan bij verwijzing door een arts (14, 15).

Het probleem waarvoor kinesitherapeutische interventie aangewezen is zal met DTK sneller kunnen aangepakt worden. Dit heeft zijn voordelen. Volgens een aantal auteurs zijn er minder behandelsessies bij DTK in vergelijking met verwijzing (11, 16, 22, 23). Brooks et al. (3) vonden evenwel geen significant verschil in het aantal behandelingen voor lage rugpijn tussen DTK en kinesitherapie na verwijzing. Hoe dan ook, het idee dat DTK het aantal behandelingssessies zou verhogen wordt absoluut niet bevestigd in de literatuur. Het sneller aanpakken van het probleem leidt ook tot minder werkverlet. Volgens Holdsworth et al. (14) is het werkverlet voor patiënten behandeld in het systeem van DTK gemiddeld 2,5 dagen, versus 9 dagen na verwijzing. Uit bovenstaande gegevens blijkt dat er een kostenreductie kan gerealiseerd worden middels DTK (16, 23). In het systeem van DTK worden er overigens significant minder bijkomende onderzoeken aangevraagd en er is minder bijkomende zorg (16). Daker-White et al. (8) stelden vast dat er minder medische beeldvorming en heelkundige ingrepen waren bij patiënten die behandeld waren binnen DTK in vergelijking met patiënten die gezien waren door een orthopedisch chirurg.

Een ander voorbehoud ten overstaan van DTK is dat er foutieve behandelingen zouden gebeuren of dat ernstige onderliggende pathologie miskend zou worden. In een retrospectieve studie van Moore et al. (25) betreffende 472.013 patiëntenbezoeken, waarvan er 45,1% binnen het systeem van DTK, werden er geen slechte effecten gerapporteerd noch qua diagnose noch qua behandeling. Volgens Deyle (10) hebben klinische studies aangetoond dat voor sommige musculoskeletale aandoeningen het resultaat van kinesitherapeutische behandeling best vergelijkbaar is met dat van behandelingen met orale medicatie, injecties of heelkunde en dat kinesitherapie het risico voor patiënten vermindert door vermindering van de

nood aan invasieve behandelingen met een hoger risico. Brooks et al. (3) stelden overigens significant betere behandelingsresultaten vast bij lage rugpijn als de kinesitherapeut zelf de patiënt mocht evalueren en behandelen dan wanneer de arts de behandelingsmodaliteiten of de frequentie of de duur of de intensiteit van de behandeling voorschreef. Volgens een studie van Deyle (10) waren kinesitherapeuten in hun diagnose t.a.v. indicaties die in aanmerking komen voor kinesitherapie even accuraat als orthopedisch chirurgen en de patiënten waren meer tevreden als zij door een kinesitherapeut gezien waren. 46,6% van de patiënten in de studie van Durant et al. (11) vonden zelfs dat de kinesitherapeut hen het best onderzocht wanneer ze dit vergeleken met andere zorgverstrekkers en 74,0% van hun onderzochte patiënten vonden dat de kinesitherapeut de beste informatie gaf om heroptreden van symptomen te controleren of te voorkomen.

Volgens Holdsworth en Webster (15), Swinkels, Kooijman en Leemrijse (40) bereiken meer patiënten de gestelde einddoelen in het systeem van DTK. Dit kan mogelijk verklaard worden door de hogere therapietrouw bij patiënten die kiezen voor DTK (14, 15). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de literatuur melding maakt van een grotere tevredenheid bij de patiënten die kiezen voor DTK (10, 14).

En zit de patiënt te wachten op een systeem van DTK? Sommige patiënten zijn er zeker vragende partij voor. In Nederland werd sinds 1 januari 2006 DTK ingevoerd waarbij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport o.a. beoogde om te komen tot meer patiëntgerichte en vraag gestuurde zorg. Tijdens het eerste kwartaal na het invoeren van DTK maakten 28% van de patiënten van deze mogelijkheid gebruik. In 2007 en 2009 waren deze percentages respectievelijk 35% en 38%. Vooral jonge en hoog opgeleide patiënten kozen voor DTK. Bekendheid met de klachten en eerdere ervaringen met de kinesitherapeut beïnvloedde de keuze voor DTK ook positief (21, 22, 38, 39). In Indiana (USA) was 82,8% van de patiënten principieel voor het stelsel van DTK, doch 71,5% verkozen uiteindelijk in de praktijk voor evaluatie en behandeling voor dezelfde klacht binnen het systeem van DTK. Voor een nog niet ervaren klacht daalde dit percentage tot 59,6% (11). Alhoewel niet alle patiënten er behoefte aan hebben, waarderen de patiënten toch de keuzevrijheid van zorgverstrekker (21).

DTK vanuit het standpunt van de voorschrijver

Binnen de huidige gecoördineerde Wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt gesteld dat elke kinesitherapeutische prestatie voorgeschreven dient te worden door een arts. Naast het feit dat dit een strakke inperking behelst van het ontplooiën van de capaciteiten en de verantwoordelijkheden van de kinesitherapeut, betekent dit eveneens vaak een bijkomende, niet steeds zinvolle administratieve belasting van het takenpakket van de arts. Als eerstelijns zorgcoördinator is het net de arts die, als gate-keeper van het zorgaanbod naar de patiënt, zijn functie niet meer naar behoren kan uitvoeren omwille van de extra monitor-taken binnen de opgelegde verantwoordelijkheid (35).

Zowel bij de artsen als bij de kinesitherapeuten ontstaat in toenemende mate de consensus dat bepaalde, zo niet alle kinesitherapeutische prestaties binnen het huidige opleidingsniveau zouden kunnen gebeuren zonder voorschrift. De directe toegang heeft als voordeel dat er een nauwere samenwerking tussen de arts en de kinesitherapeut tot stand komt (7). De relatie van voorschrijver en uitvoerder wordt meer genuanceerd en de verantwoordelijkheden kunnen op een betere wijze worden verdeeld binnen de mogelijkheden eigen aan het beroep. De artsen steunen de directe toegang tot de kinesitherapie op voorwaarde dat de kinesitherapeuten die in aanmerking wensen te komen voldoen aan bepaalde eisen. Een kwaliteitspakket van vereisten is net ook een sine qua non voor de beroepsgroep van kinesitherapeuten om tot een directe toegang over te kunnen gaan. Werkervaring, scholing, deelname aan een kwaliteitsregister en een goed omkaderde vorm van samenwerking inter- en intra-disciplinair zijn de belangrijkste items. Het kunnen herkennen van contra-indicaties voor een behandeling zijn een absolute noodzaak voor de kinesitherapeut. Dankzij het opleidingsprofiel van de kinesitherapeut kan er ook een meer gedifferentieerde diagnose gebeuren op het vlak van de functionaliteit (39). Door het werken met een directe toegang in de kinesitherapie kan er een juiste prioritering gebeuren van zinnige en zuinige zorg bij de arts (36).

Directe toegang tot de kinesitherapie zorgt ervoor dat de administratieve werklast voor de arts i.v.m. kinesitherapie gevoelig vermindert, waarbij administratieve werklast best verschuift naar een meer inhoudelijke communicatie tussen de kinesitherapeut en de arts. Binnen de communicatie tussen arts en kinesitherapeut staat het dossier centraal. Het dossier van de patiënt, dat in het kader van E-health steeds meer een elektronisch dossier zal worden, dient op zorgvuldige wijze bijgehouden en aangevuld te worden door de verschillende actoren die op een bepaald ogenblik zorg toedienen aan deze patiënt. Binnen de toegekende verantwoordelijkheden op basis van de opleidingscapaciteiten kan de kinesitherapeut het functioneel gedeelte als expert superviseren en in overleg met de arts ervoor zorgen dat de juiste zorg, op

het juiste tijdstip, binnen een evolutie van de toestand van de patiënt, wordt gegeven. Een goede communicatie en een correcte verslaggeving van de kinesitherapeutische interventies zijn onontbeerlijk voor een directe toegang tot de kinesitherapie (1).

Een directe toegang tot de kinesitherapie houdt geenszins in dat de bovengenoemde spiltaak van de arts wordt ondermijnd. De arts zal en kan steeds het aanspreekpunt van de patiënt zijn bij klachten van eender welke aard. De kinesitherapeut zal en kan het aanspreekpunt zijn voor de arts, maar ook voor de patiënt, bij stoornissen aan het locomotorisch apparaat en bij functionele beperkingen. De kinesitherapeut helpt de arts en/of de patiënt bij zijn vraag naar een finetuning van deze functionele beperkingen en kadert ze in een behandelplan met doelstellingen (6).

Bij een implementatie van directe toegang in de kinesitherapie is het belangrijk dat de artsen, maar ook de patiënten goed worden geïnformeerd over de aard van de klachten waarmee een kinesitherapeut rechtstreeks kan worden bezocht. Daarnaast is het belangrijk om bij een invulling van een directe toegang tot de kinesitherapie voldoende keuzevrijheid voor de patiënt te laten, zowel wat betreft de te consulteren kinesitherapeut als de mogelijkheid om steeds een (huis)arts te raadplegen. Hierbij aansluitend is het van belang dat de communicatie van de arts naar de kinesitherapeut en vice versa duidelijk en efficiënt verloopt¹ (21).

Samengevat zal de taak van de arts in een systeem van directe toegang tot de kinesitherapie er voor een gedeelte helemaal anders uitzien zonder aan de basistaak als spilverantwoordelijke te tornen. De arts zal de mogelijkheid krijgen om verantwoordelijkheden te delegeren en krijgt daarbij meer tijd om zich op zijn kerntaken te concentreren. De administratieve overlast wordt gedrukt door het gebruik van een, bij voorkeur digitaal, communicatieplatform tussen de arts en de kinesitherapeut. Hierbij staat het patiëntendossier centraal. De directe toegang tot de kinesitherapie zorgt ervoor dat de patiënt de keuzevrijheid blijft behouden om de kinesitherapeut van zijn keuze te consulteren en ook om ten alle tijden een arts te raadplegen.

Wat betekent DTK voor de overheid (RIZIV) en de verzekeringsinstellingen?

In de context van de huidige socio-economische toestand kan DTK een belangrijke regulerende rol spelen in de beheersing van de gezondheidskosten. Talrijke internationale studies duiden aan dat DTK per patiënt kostenbesparend is voor de ziekteverzekering: het aantal kinesitherapie-behandelingen per pathologie vermindert aanzienlijk (12, 22, 29, 44), minder consultaties bij huisartsen en specialisten (12, 23, 29), minder technische onderzoeken en medicatie (16, 22, 23). Ook op het vlak van de volledige beroepsgroep zijn er positieve vaststellingen ten aanzien van de kosten: het aantal patiënten, dat kinesitherapeutische zorgen verkrijgt, stijgt niet door DTK (20, 23, 44). Secundair kan ook vastgesteld worden dat DTK-patiënten een snellere kinesitherapeutische interventie krijgen voor hun acute en chronische aandoeningen. Dat leidt tot een korter werkverlet en/of snellere hervatting van algemene dagelijkse levensverrichtingen (30, 35). Bovendien is het risico op de ontwikkeling van chronische aandoeningen en blijvende functiebeperkingen afgenomen. Een verhoogde therapiekost, een verminderd functioneel resultaat en onnodige frustraties bij de patiënt worden bijgevolg vermeden (16, 23, 30). DTK optimaliseert de kostenefficiëntie: de ziekteverzekeringskost daalt, maar ook voor de patiënt en de werkgever vermindert de factuurprijs.

Houdt DTK andere financiële risico's in voor de overheid en de verzekeringen? In 43 staten van de USA is DTK al verschillende decennia lang geïmplementeerd in de gezondheidszorg en de Health Providers Service Organization (de marktleider in het verzekeren van de beroepsaansprakelijkheid voor kinesitherapeuten) meldt het hiernavolgende: "Direct access is not a risk factor that we specifically screen for in our program because it has not negatively impacted our claims experience in any way. In addition, we do not have a premium differential for physical therapists in direct access states" (13).

De Amerikaanse overheid heeft ook een risicoanalyse laten uitvoeren in de militaire ziekenhuizen t.a.v. directe toegang met de volgende conclusie als resultaat "Het risico op medische wanbehandeling, met of zonder artsenverwijzing, door kinesitherapeuten is minimaal. De waarde van deze vaststelling wordt nog extra onderstreept omdat kinesitherapeuten in militaire loondienst ook verantwoordelijk zijn voor de aanvraag van medische beeldvorming, EMG-analyses, labo-onderzoeken en het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen" (25).

¹ Zie ook het ontwerp van advies van de FRK m.b.t. e-Health in de kinesitherapie.

DTK vergemakkelijkt de toegang tot de kinesitherapeutische zorg en geeft aan de kinesitherapeut de essentiële plaats in de preventieve eerstelijns gezondheidszorg. De kinesitherapeut is expert op het vlak van bewegen en houding. Door de burger de mogelijkheid te geven zich met specifieke vragen hieromtrent (werkhouding, sport, hobby,...) rechtstreeks naar de kinesitherapeut te richten verkleint de kans op pathologische situaties. Uit studies blijkt dat door DTK de kinesitherapeut in zijn behandelplan meer aandacht heeft voor secundaire preventie (2).

De gecoördineerde Wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ontnemt in zijn huidige formulering aan de hoog opgeleide kinesitherapeut echter een belangrijk deel van zijn professionele autonomie. Door het verplichten van een medisch voorschrift voor alle kinesitherapeutische handelingen wordt de kinesitherapeut o.a. uit de preventieve gezondheidszorg geweerd terwijl het beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut hier precies een accent op legt in het kader van de hedendaagse kinesitherapie. Preventie maakt overigens ook deel uit van verscheidene bijzondere beroepsbekwaamheden in de kinesitherapie. Door het toelaten van DTK kan de overheid er voor zorgen dat de kinesitherapeut kan deelnemen aan een systeem waarin kwaliteitsvolle preventie en zorg op een rechtvaardige en doelmatige manier bereikbaar zijn voor de ganse bevolking m.a.w. een meer patiënt- en vraaggericht gezondheidsbeleid (2).

DTK vereist samenwerking en afstemming tussen huisartsen en kinesitherapeuten. Een elektronisch communicatieplatform kan die samenwerking faciliteren. Daarenboven dienen kinesitherapeuten aan bepaalde kwaliteitscriteria te voldoen om via DTK geconsulteerd te kunnen worden (bv. indien nodig aanvullende opleiding en/of navorming, registratie in een kwaliteitsregister)(10, 14). Sinds enkele jaren werkt de beroepsgroep i.s.m. verscheidene overheidsdiensten aan een project "Kwaliteitspromotie", waarin veel aandacht wordt gegeven aan de hierboven genoemde DTK-doelstellingen. Het is dus van groot belang dat de overheid dit project meehelpt uit te bouwen tot een continu proces.

DTK: de toekomstige rol van de kinesitherapeut?

De invoering van DTK heeft voor de kinesitherapeut een kwalitatieve, organisatorische en persoonlijke impact.

DTK geeft aan de kinesitherapeut een grotere professionele autonomie. Dat impliceert een grotere verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut ten opzichte van de patiënt en de maatschappij (37). Dit leidt tot een multidisciplinair partnerschap waarin de competenties van de kinesitherapeut beter tot hun recht komen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat, naast andere zorgverstrekkers, ook de kinesitherapeut het gevoel heeft dat de arts de mogelijkheden van kinesitherapie onvoldoende kent (16). Het gevolg is dat hieruit vaak een stereotiep voorschrijfgedrag resulteert, dat leidt tot een beperking van de "scope of practice" waardoor het kinesitherapeutisch indicatiedomein onvoldoende wordt gebruikt (6). DTK kan hier een oplossing aanreiken en bijdragen tot de erkenning van de competenties, de klinische vaardigheden en de ervaring van de kinesitherapeut opgedaan tijdens zijn opleiding en zijn beroepscurriculum (22). Dit maakt voor de kinesitherapeut het beroep aantrekkelijker en motiveert sterker tot permanente navorming.

De kinesitherapeut wordt bij DTK geconfronteerd met een potentiële patiënt. In de landen waar DTK al langer wordt toegepast is gebleken dat er geen essentiële zaken (pathologie) worden gemist. Er wordt zelfs vastgesteld dat de kinesitherapeut door zijn expertise een betere analyse maakt van de musculoskeletale aandoeningen (5, 10). Samen met de therapeutische vrijheid leidt dit tot een betere medische evidentie bij de behandeling van functiestoornissen en beperkingen die een indicatie vormen voor kinesitherapie. In dit perspectief kiest de kinesitherapeut duidelijk voor een beter "management" bij acute en chronische aandoeningen (18, 38, 39).

DTK stimuleert de kinesitherapeut nog meer tot een adequate en kwaliteit gerichte zorg voor de patiënt. De grotere autonomie en verantwoordelijkheid convoceren de kinesitherapeut tot een noodzakelijk en doelgericht overleg met de (huis)arts en/of andere zorgverstrekkers. De kinesitherapeut beschikt door DTK over managementbevoegdheden op het vlak van zorgorganisatie- en budgettering.

Besluit

Uit onderzoek van de internationale literatuur blijkt dat DTK voordelen heeft en dit zowel vanuit het standpunt van de zorgvrager, van de arts, van de verzekeringsinstellingen en van de kinesitherapeut zelf.

Het lijkt dan ook aangewezen de rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie wegens nader bepaalde redenen en in nader bepaalde omstandigheden in België te implementeren. De hoge opleidingsgraad van de Belgische kinesitherapeut in vergelijking met buitenlandse opleidingen moet dit mogelijk maken. Er wordt ruime aandacht besteed aan de gele en rode vlaggen. Nederland, waar een bacheloropleiding voldoende is om het beroep van fysiotherapeut (lees kinesitherapeut) uit te oefenen, wordt het systeem van DTK reeds toegepast sinds 2006. Het zou dan ook mogelijk moeten zijn voor de Belgische kinesitherapeuten. In België kan de erkenning als kinesitherapeut sedert 1995 immers enkel toegekend worden aan de houder van een universitair diploma in kinesitherapie of een diploma van hoger onderwijs bekroont dat ten minste vier studiejaar omvat (Art.43 § 2 van de gecoördineerde Wet van 10 mei 2015). De kinesitherapeut is sinds 1995 geen paramedicus meer. In de gecoördineerde Wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt expliciet gesteld dat het conceptualiseren van de behandeling tot de bevoegdheid van de kinesitherapeut behoort en in de nomenclatuur van de kinesitherapie (Riziv) wordt een tegemoetkoming voorzien voor het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. De intellectuele acte van de kinesitherapeut wordt hiermee impliciet erkend. De kinesitherapie is er klaar voor om een beroep met directe toegang onder voorwaarden te worden. Veel patiënten erkennen dit reeds want zij raadplegen soms rechtstreeks de kinesitherapeut zonder verwijzing van de arts.

Een goede communicatie tussen (huis)arts en kinesitherapeut over de status, de behandeling en de evolutie van de patiënt is bij DTK onontbeerlijk (6, 38). Het ligt voor de hand dat hiervoor een degelijk elektronisch communicatiesysteem onmisbaar is.

In de internationale literatuur wordt opgemerkt dat de preventieve rol van de kinesitherapeut bij DTK een belangrijke kostenreductie impliceert in de ziekteverzekering. Om dit mogelijk te maken is de Belgische overheid genoodzaakt om de gecoördineerde Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen dusdanig aan te passen dat preventieve zorg tot de bevoegdheden van de kinesitherapeut behoort.

Volgens Deyle (10) is het meest overtuigende bewijs ten voordele van DTK dat in 43 staten van de USA de politici ervoor gekozen hebben om DTK in te voeren en dat er nooit een poging is ondernomen om die wetten weer op te heffen. Er is voor zover bekend geen verslaggeving van landen waar dit wel zou gebeurd zijn.

Uiteraard kan DTK niet verplichtend gesteld worden voor de kinesitherapeut. Deze moet zelf kunnen beslissen of hij in dat systeem mee stapt. Het staat de patiënt natuurlijk ook vrij al dan niet gebruik te maken van DTK binnen de mogelijkheden die wettelijk worden voorzien. Hoe dan ook, indien DTK wordt geïmplementeerd, is het noodzakelijk dat elke kinesitherapeut een opleiding heeft gevolgd of volgt waarin de klinische voorwaarden en de systematiek van het screening- en diagnostisch proces in het kader van DTK, worden (her)aangeleerd.



Literatuur

1. Aarts M, Bakermans R, van Beers L, van den Broek N, Meeuwissen K. *Hand in hand: communicatie tussen fysiotherapeut en huisarts in het kader van de directe toegankelijkheid fysiotherapie*. Eindhoven: Fontys Paramedische Hogeschool – Fysiotherapie. (Bachelor thesis; begeleiders Verhulst F en Simons A). 2007
2. Annemans L., Daue F. 10 actiedomeinen en 30 voorstellen voor het gezondheids(zorg)beleid van de toekomst. 2011. www.itinerainstitute.org.
3. Brooks G, Dripchac S, Vanbeveren P, Allaben S. Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(3):109-115.
4. Bury TJ, Stokes EK. *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union*. Physiotherapy. 2013.
5. Childs DJ, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005;Jun 17:6-32.
6. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions - a qualitative study. *Fam Pract.* 2003;20(5):578-582.
7. Crout KL, Tweedie JH, Miller DJ. Physical therapists' opinions and practices regarding direct access. *Phys Ther.* 1998; 78(1): 52-61.
8. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, Kammerling M. A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53(10):643-650.
9. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F; Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. *Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 148A. D/2010/10.273/91.
10. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2006;36(9):632-634.
11. Durant TL, Lord LJ, Domholdt E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Phys Ther.* 1989;69(10):850-857.
12. Fordham R., Hodkinson C. *A cost-benefit analysis of open access to physiotherapy for G.P.s*. University of York, Centre for Health Economics: Discussion Paper 29. 1986.
13. Health Providers Service Organization. Letter to the American Physical Therapy Association. March 22, 2011. www.apta.org.
14. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future. *Physiotherapy.* 2004;90(2):64-72.
15. Holdsworth LK, Webster VS, McFayden AK, the Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. *Physiotherapy.* 2006;92(1):26-33.
16. Holdsworth LK, Webster VS, McFayden AK, the Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. What are the costs tot NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy.* 2007;93(1):3-11.
17. Kenny DT, Adamson B. *Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority*. Aust Health Rev. 1992;15(3):319-334.
18. Lebec MT, Jogodka CE. The physical therapist as a musculoskeletal specialist in the emergency department. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009;39(3):221-229.
19. Leclercq A, De Gauquier K, Ceuppens A, Boly J, Van Den Steen D, Paulus D. *Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 87A(D/2008/10.273/54) https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027354.pdf
20. Leemrijse CJ, Swinkels IC, de Bakker D. Effects of direct access to physiotherapy in the Netherlands in 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. *Eur J Public Health.* 2006;16(1):14-15.
21. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Priters MF, de Balbe D, Veenhof C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. *Ned Tijdschr Fysiotherapie.* 2008;11(3):62-67.
22. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther.* 2008;88(8):936-946.
23. Mitchell JM, de Lissevoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther.* 1997;77(11):10-16.
24. Mokveld P, Smit A. *Gevolgen invoering directe toegankelijkheid fysiotherapie*. VEKTIS Rapport 2007 iov Zorgverzekeraars Nederland. www.vektis.nl.
25. Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. ? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005;35(10):674-678.
26. Nationale Raad voor de Kinesitherapie. *Beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut in België*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maart 2010.
27. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. *Richtlijn diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose*. Nijmegen: Nederlandse Orthopaedische Vereniging 2007:137p. http://www.cbo.nl/Downloads/363/ri_heup_knie_07.pdf
28. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. *Chronische lage rugpijn*. Good Clinical practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48A (D/2006/10.273/63).
29. Ooijendijk W, van Hespen A, Pronk M, de Vries S. *Pilot DT Fysiotherapie*. TNO-rapport PG/B&G2004.075 iov College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Projectnr.011.41296. 2004.

30. Pinnington A, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Family Practice*. 2004;21(4):372-380.
31. Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Serv Res*. 2012; 47(2):633-654.
32. Peter WF, Jansen MJ, Bloo H, Dekker-Bakker LM, Dilling RG, Hilberdink WK, et al. Herziening van de KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Ned Tijdschr Fysiother*. 2010;120(1):2-15
33. RIZIV. Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen. 2011;
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart07_20140501_01.pdf
34. RIZIV. RIZIV Infobox – Wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts. 3^{de} deel: Het voorschrift. Brussel: RIZIV. De infobox 2009 (3^{de} ed). <http://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infobox-huisarts.aspx#.VcUkzHEX3cs>
35. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*. 1997;47(418):314-318.
36. Rose SJ. Direct access: the need for an educational component. *Phys Ther*. 1988; 68(9):1329.
37. Sandstrom RW. The meanings of autonomy for physical therapy. *Phys Ther*. 2007;87(1):98-106.
38. Swinkels IC, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijfsbrief. Facsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
39. Swinkels IC, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Utrecht: NIVEL, 2009.
40. Swinkels IC, Kooijman MK, Tol J, Veenhof C. Beschouwingen jaarcijfers LIPZ 2009. Utrecht: NIVEL, 2010.
41. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. [NICE clinical guideline 59: Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults](http://guidance.nice.org.uk/CG59/NICEGuidance/pdf/English). London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008 February: 25p. <http://guidance.nice.org.uk/CG59/NICEGuidance/pdf/English>
42. Tsakitzidis G, Remmen R, Peremans L, Van Royen P, Duchesnes C, Paulus D, Eyssen M. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. *Good Clinical practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2009. KCE reports 119A (D/2009/10.273/54)
http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=12647&CREF=14201
43. Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I –Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010; Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. ISSN:2032-9172 – Depotnummer: D/2010/2505/06 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/004. <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>
44. Van de Scheur S. [Experiment DTF: de evaluatie. Rapport College voor Zorgverzekeringen \(CVZ\). Projectnr.24070320. 2004](http://www.vdzg.be/rapporten/2004/24070320)

Voor de Federale Raad



**P. VAN ROY,
Voorzitter**