Gezondheid in eigen handen; het tastbaar worden van patiëntempowerment

Siemen De Boeck, Universiteit Leuven
HAIO 2016-2018

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey, Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

1. Abstract 4
2. Inleiding 5
2.1 Algemene achtergrond 5
2.2 Reden onderzoek 6
2.3 Onderzoeksvraag en doel 7
3. Methodiek 8
3.1 Opzet van het onderzoek 8
3.2 Literatuuronderzoek 8
3.3 Kwalitatief onderzoek 9
3.3.1 Keuze van de populatie 9
3.3.2 Consultatievoorbereiding 9
3.3.3 Enquête beleving van het Bingli-platform 10
3.4 Data analyse 11
4. Resultaten 12
4.1 Demografie 12
4.2 Enquête beleving van het Bingli-platform 12
4.2.1 Pre-consultatie 12
4.2.2 Algemene indruk 14
4.2.3 Post-consultatie 16
4.2.4 Bewaren van medische gegevens 17
5. Discussie 18
5.1 Demografie 18
5.2 Beleving van het platform 18
5.3 Algemeen 19
5.4 Vergelijking met andere studies 19
5.5 Implementatie 20
5.6 Sterktes en zwaktes van de studie 21
6. Conclusie 22
7. Dankwoord 23
8. Literatuur 24
9. Bijlagen 25
9.1 Toestemmingsformulier commissie medische ethiek 25
9.2 Pop-up uitleg onderzoek 26
9.3 Uitnodiging consultatievoorbereiding 27
9.4 Startpagina reden afspraak 28
9.5 Voorbeeld antwoorden digitale anamnese (patiënt) 29
9.6 Voorbeeld overzicht digitale anamnese (arts) 30
9.7 Informed consent 31
9.8 Enquête beleving Bingli-platform 32
9.9 Goedgekeurd studie protocol 33

1. Abstract

Achtergrond: Er is sinds enkele jaren meer aandacht voor patientempowerment. Dit betekent het patiëntgericht handelen, rekening houdend met de normen, waarden en verwachtingen van de patiënt. Het verhaal van de patiënt moet centraal staan en hiervoor is het ICE-model een goede uitgangspositie. Daarnaast hangt de kwaliteit van de geleverde zorg af van de correctheid van de informatie verleend door de patiënt. Een online medisch platform, dat via de ICE en een digitale anamnese correcte informatie van de patient verkrijgt, geïnterpreteerd door de arts, zou patientempowerment meer tastbaar kunnen maken. De ontwikkelaars van Bingli brachten dergelijk platform op de markt. Aan de hand van een door big data gedreven digitale anamnese krijgt de patiënt de kans zijn consultatie aan de arts voor te bereiden in de rust van zijn thuissituatie.

Onderzoeksvraag: Kan het voorbereiden van de consultatie door de patiënt via een patiëntgericht medisch platform een meerwaarde bieden voor de consultatie?

Methode: Patiënten kregen de mogelijkheid hun consultatie voor te bereiden via een digitale anamnese op het Bingli-platform. Na de consultatie werd bij de deelnemers een vragenlijst afgenomen over de beleving van dit platform.

Resultaten: 23 patiënten bereidden hun consultatie voor via het Bingli-platform. 87% (20/23) van de onderzoekspopulatie vond het platform toepasbaar voor de klacht waarmee ze op consultatie wilden komen. 56,5% (13/23) vond zich door het medisch interview beter voorbereid op de consultatie. 83% (19/23) beschouwde het medisch interview in het algemeen als een meerwaarde voor de consultatie. 83% (19/23) gaf aan dat ze het platform in de toekomst nog wilden gebruiken.

Conclusie: Een medisch platform zoals Bingli zou een voorbeeld kunnen zijn hoe de ontwikkeling van nieuwe techniek patientempowerment meer dan ooit mogelijk maakt. Dergelijke patiëntgerichte tool kan informatie verzamelen, structureren en de dialoog tussen arts en patiënt naar een hoger niveau brengen.

2. Inleiding

2.1 Algemene achtergrond

Sinds enkele jaren is patientempowerment een hot topic. Het patiëntgericht handelen, rekening houdend met de specifieke noden en levensdoelen van de patiënt, vertrekkend vanuit zijn ideeën, verwachtingen en bezorgdheden, wordt als een dagelijkse zorgopdracht van de huisarts beschouwd. Dit veronderstelt een communicatiestijl die aangepast is aan de taal en de capaciteiten van de individuele patiënt. Naast patiëntgericht hoort de geleverde zorg ook doeltreffend en veilig te zijn, doelmatig en moreel verantwoord. Deze voorwaarden, om van een kwalitatieve zorg te kunnen spreken, brengen met zich mee dat alle diagnostische en therapeutische interventies een wetenschappelijke onderbouwing moeten hebben.[1]

E-health heeft reeds bewezen dat het een onmisbare pilaar is voor een patiëntgerichte, kwalitatieve zorg en op zijn beurt bijdraagt aan patientempowerment. Het biedt meer effectiviteit, efficiëntie en een betere toegankelijkheid voor de patiënt.[2] Via digitale apps en m-health (mobile-health, een onderdeel van e-health) heeft de patiënt de mogelijkheid om zelf zijn lichamelijk en geestelijk welzijn beter in eigen handen te nemen. Daarnaast verbetert de therapietrouw door het gebruik van apps en via m-health zouden ouderen langer kunnen thuisblijven. Maar een wettelijk kader ontbreekt voorlopig nog. Daarenboven zijn het vooral de zorgvestrekkers zelf die weigerachtig staan tegenover m-health en de apps.[3]

Huisartsen zijn van nature conservatief ingesteld en gaan het liefst uit van vertrouwde en bewezen concepten. Nochtans leven we in fascinerende tijden en zal deze afwachtende houding moeten worden bijgesteld in een wereld die surft op een technologische stroomversnelling.[4] Mensen missen echter de intuïtie om dergelijke exponentiële groei correct in te schatten. Daarom overschatten we vaak wat er mogelijk is in één jaar en onderschatten we welke vooruitgang er kan geboekt worden in tien jaar tijd. Artificiële intelligentie, sensoren, Internet-of-Things en de cloud zijn dergelijke exponentiële groeiers en verlenen een inkijk in toepassingen die we ons momenteel nauwelijks kunnen voorstellen, maar die binnen tien jaar verweven zijn in onze dagelijkse praktijk. Daarnaast lijkt het voor de hand liggend dat triage, het stellen van diagnoses en door data gedreven ziektemanagement steeds meer het domein van slimme software en big data zullen worden, waardoor er voor de huisarts terug meer ruimte komt voor menselijke coaching en empathie.[5]

“Het reële gevaar is niet dat computers beginnen te denken als mensen, maar dat mensen beginnen te denken als computers.”

Sydney j. Harris [6]

Of de (huis)arts nu gebruik maakt van de slimste supercomputer of de digitale revolutietrein nog moet nemen, de patiënt en zijn verhaal moeten centraal staan. Het gebruiken van het ICE-model (wat zijn de *ideas, concerns en expectations* van de patiënt) is in beide situaties de goede uitgangspositie.[7] Vervolgens zal de kwaliteit van de geleverde zorg afhangen van het verzamelen van voldoende correcte informatie, het juist interpreteren van deze informatie en het opstellen van een beleidsplan met weloverwogen gebruik van de beschikbare middelen, rekening houdend met de wens van de patiënt.[8]

Er zijn ontelbare apps op de markt die zich uitsluitend bezig houden met informatie vergaren en interpreteren, de zogenaamde 'symptom checkers'. Zij interpreteren symptomen en plakken er een diagnose bij zonder rekening te houden met de ICE en de algemeen maatschappelijke context van de specifieke patiënt. Hierin schuilt het gevaar dat de patiënt de vragen verkeerd begrijpt of de gestelde diagnose fout interpreteert.[9] De initiële bedoeling om de medische zorg te vereenvoudigen kan op die manier leiden tot *cyberchondria*; de vrees voor allerhande ernstige ziektes, gecreëerd door het internet. Dit kan mensen net aansporen onnodige medische zorg te zoeken, met een irrationele stijging van de ziektekost tot gevolg.[10] Een medisch platform, gestuurd door de patiënt, gevoed door big data en artificiële intelligentie, en geïnterpreteerd door de arts zou patientempowerment meer tastbaar kunnen maken.

2.2 Reden onderzoek

Een belangrijke voorwaarde voor de integratie van een patiënt gestuurd medisch platform, gevoed door kunstmatige intelligente en big data, is dat het een antwoord kan bieden op de *catch 22* van de gezondheidszorg. Namelijk dat de overload aan informatie die via evidence based toepassingen de zorg continu kan verbeteren, meer voorspelbaar maken en structureren, zorgt voor extra complexiteit die niet afdoende in de gezondheidszorg kan geïntegreerd worden. Daarnaast moeten we er waakzaam voor zijn dat de technologiegolf geen aanleiding geeft tot verdere medicalisering van onze dagelijkse problemen en dat de *human factor* niet uit het oog verloren wordt.[11]

"Als puntje bij paaltje komt, wil een patiënt vooral erkenning, begrip, medeleven, aandacht, betrokkenheid en compassie. Ik denk dat geen enkele app of robot hem die kan geven."

Professor Marc Noppen[11]

Het gevaar van een te sterke nadruk op wetenschappelijke onderbouwing door de overload aan evidence based informatie schuilt momenteel reeds in de dagdagelijkse praktijk. De kans bestaat dat de situatie en de wensen van de specifieke patiënt die tegenover ons zit en onze eigen klinische ervaring te weinig aandacht krijgen. Hierdoor dreigt de klassieke EBM te lineair te worden. Het integreren van de waarden en de voorkeuren van de patiënt komt pas aan het einde van de consultatie aan de orde, terwijl dit meer het uitgangspunt moet zijn.[12]

Een ander belangrijk uitgangspunt voor een goede consultatievoering is ‘de taal’ van de patiënt. Technologie heeft ons voor een deel verwijderd van het verhaal van de patiënt.[13] Maar als je goed naar de patiënt luistert, vertelt hij je de diagnose.[1] De diagnose wordt over het algemeen vroeg in de anamnese gesteld.[14] De accuraatheid van die diagnose hangt dus af van het vermogen van de patiënt om zijn symptomen correct mee te delen en indien nodig zijn medische voorgeschiedenis juist te vermelden. De arts heeft de taak deze informatie te interpreteren naar het psychisch en cognitief vermogen van de patiënt.[15]

Een onderzoek waarin de algemene ervaring van patiënten wordt geëvalueerd, die ter voorbereiding van de consultatie gebruik maken van een patiëntgericht, medisch platform dat aan de hand van een digitale anamnese zowel rekening houdt met hun ICE als met de gebruikte taal, zou een goed uitgangspunt kunnen vormen om dit nog redelijk onbekend terrein te helpen verkennen.

2.3 Onderzoeksvraag en doel

Kan het voorbereiden van de consultatie door de patiënt via een patiëntgericht medisch platform een meerwaarde bieden voor de consultatie?

Het doel van dit onderzoek is patiënten te laten kennismaken met deze tool, hun consultatie met de arts via een digitale anamnese voor te bereiden en hun algemene ervaring, bedenkingen en opmerkingen te delen met de onderzoeker.

3. Methodiek

3.1 Opzet van het onderzoek

Om op deze onderzoeksvraag een antwoord te bieden werd contact gezocht met de bedrijfsleiders van NV Little Brain te Antwerpen, Piet Van de Steen en Tom Van De putte. Zij hebben dergelijk patiëntgericht, medisch platform 'Bingli' ontwikkeld waarop een patiënt zijn eigen medische gegevens kan bijhouden zodat hij deze altijd bij de hand heeft. Ook heeft de patiënt via Bingli de mogelijkheid om zijn consultatie aan de (huis)arts voor te bereiden. Dit gebeurt aan de hand van een aantal gerichte vragen, beginnend bij de hoofdklacht.

Het platform maakt gebruik van een grote database aan correcte medische informatie over een ruim aanbod aan ziektebeelden. Deze database wordt continu aangepast en aangevuld met nieuwe gegevens door input van de medische gemeenschap. Het is een evidence based medicine tool. Bingli gelooft dan ook sterk in interoperabiliteit. Door samen te werken met de juiste partners willen ze het leven van patiënten en artsen, en de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren.[16] Het is de communicatie tussen die verschillende partners in de gezondheidszorg dat de sleutel is van goede zorgverlening.[17]

Bingli probeert ook in te spelen op het ABC van gedragsverandering. Het geeft met zijn tool opnieuw meer *autonomie* aan de patiënt, waardoor deze zich meer *betrokken* gaat voelen bij de consultatie en zich meer *competent* zal voelen om, indien nodig, iets aan zijn probleem te veranderen.[18] Patiënten die meer betrokken worden gaan zich beter houden aan de voorgestelde aanpak met een positief effect naar zijn competentie toe om iets aan zijn probleem te doen.[3] Tenslotte zetten ze in op arts-patiënt communicatie. Door voor aanvang van de consultatie te achterhalen wat de bezorgdheden zijn van de patiënt wordt een vaak voorkomende factor van onzekerheid vroeg in de kiem gesmoord.[7] Ook wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verdere vraagstelling, wat de waarde van de anamnese als aanbrenger van objectieve gegevens vergroot.[19]

3.2 literatuuronderzoek

Ter voorbereiding van het onderzoek las ik verscheidene boeken; *How doctors think*, *De winnaarseconomie*, *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*, *Transformeren om te overleven in de zorg*, *Nooit meer naar de dokter* en *The checklist manifesto.* Ook haalde ik inspiratie uit passages van de reeks *Over kwaliteit van zorg en communicatie*, werden er enkele artikels in *Huisarts en Wetenschap* tijdschriften geraadpleegd en las ik de publicatie *Together we change*.

Aan de hand van de verzamelde informatie zocht ik meer specifieke artikels via zoekmachines Pubmed en BMJ. Gebruikte zoektermen waren: decision making, diagnosis, medical education, medical history taking, physician-patient relations, family practice, communication, symptom checkers.

Om beter inzicht te krijgen in de werking van het Bingli-platform nam ik de site www.mybingli.com en presentaties gemaakt door de ontwikkelaars grondig door. Daarnaast werden twee meetings georganiseerd met de makers van de tool. De eerste meeting was een oriënterend gesprek en vond plaats in hun kantoor te Antwerpen. Tijdens de tweede meeting was er een toelichting van het platform in de groepspraktijk te Bonheiden.

3.3 Kwalitatief onderzoek

3.3.1 Keuze van de populatie

Het voorbereiden van de consultatie door de patiënt via het Bingli-platform werd uitgevoerd in de thuissituatie van de patiënt na het maken van een online afspraak. Het eigenlijke onderzoek, namelijk het afnemen van de enquête na de consultatievoering, vond plaats in de groepspraktijk te Bonheiden, Antwerpen. De toestemming van de ethische commissie van de VUB voor het uitvoeren van dit onderzoek werd verkregen (Bijlage 1).

Het onderzoek vereiste een actieve bevolkingsgroep die in staat was een online afspraak te maken. Elke patiënt die bij mij een online afspraak kon maken via het afsprakensysteem werd uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Op deze manier was er geen minimum- noch maximumleeftijd voor deelname aan het onderzoek. De limiet van het aantal deelnemers werd gesteld op 30. Een inclusiecriterium was dat de patiënten zelf in de mogelijkheid moesten verkeren een online afspraak te maken. Exclusiecriteria waren patiënten die zelf niet op consultatie konden komen en patiënten die belden voor een afspraak.

3.3.2 Consultatievoorbereiding

Vanaf 26 januari t.e.m. 30 maart 2018 werd aan 30 patiënten de mogelijkheid geboden hun consultatie bij mij voor te bereiden via het Bingli-platform aan de hand van een digitale anamnese. Hiervoor werd een extra link geplaatst op de homepage van de praktijksite. Via die link kreeg de patiënt informatie omtrent het onderzoek en kon hij, indien akkoord, verder klikken om een online afspraak te maken. Op de homepage zelf werd reeds een korte uitleg gegeven over het onderzoek. De patiënt kreeg ook de optie de link te negeren en een afspraak te boeken via de standaard agenda.

Wanneer de patiënt ervoor koos te klikken op deze alternatieve link om een afspraak te maken verscheen er een pop-up (Bijlage 2). In deze pop-up werd kort uitgelegd dat het onderzoek gaat over het voorbereiden van de consultatie en het achteraf beantwoorden van een aantal vragen omtrent de gemaakte voorbereiding.
Na het lezen van de algemene informatie kon de patiënt een afspraakmoment inboeken of alsnog terugkeren naar de standaard agenda. De patiënt werd in beide gevallen verzekerd van goede zorg tijdens de consultatie. Bij het aanduiden van een afspraakmoment werd hij begeleid naar het Bingli-platform waar de consultatievoorbereiding kon starten. Ook hier nog kon de patiënt weigeren het medisch interview in te vullen en zonder meer door te gaan naar de online agenda (Bijlage 3).

Indien de deelnemer akkoord ging zijn consultatie voor te bereiden werd hij begeleid naar het Bingli-platform. Op de startpagina kon de patiënt om te beginnen kiezen tussen verschillende opties; *Nieuwe klacht, Check-up, Attest, Reisadvies, Bespreken resultaten, Vernieuwen voorschrift, Vaccinatie* of *Andere reden*. (Bijlage 4) Wanneer voor de optie *Nieuwe klacht* werd gekozen begon het medisch interview aan de hand van een digitale anamnese. Bij de andere opties kon de patiënt zelf kort specifiëren via een vrije tekst wat deze keuze voor hem inhield.

Het meeste voorbereidende werk diende te gebeuren na het kiezen voor de optie *Nieuwe klacht*. De patiënt werd eerst gevraagd zijn *ICE* in te vullen. Welk idee heeft hij van de klacht, wat zijn de bezorgdheden en welke inspanningen heeft hij al gedaan om zijn klacht aan te

pakken (Bingli maakt in zijn systeem gebruik van *Efforts* in plaats van *Expectations*).
Vervolgens kon de patiënt zijn hoofdklacht ingeven en werden er specifieke vragen gesteld over de locatie, aard, intensiteit, verloop etc. van de klacht.
Op basis van de antwoorden hierop werd de database van Bingli geactiveerd en zorgde een algoritme voor het stellen van de volgende vragen met als doel meer informatie in te winnen over de hoofdklacht. Bij de meeste klachten betekende dit het stellen van een tiental extra vragen (Bijlage 5). Na het algoritme volledig te hebben doorlopen kreeg de patiënt de optie nog een hoofdklacht in te geven, waarop het medisch interview opnieuw begon. De patiënt kreeg tenslotte een gestructureerd overzicht van zijn vragen en antwoorden.

De ontwikkelaars van Bingli stonden garant voor het navolgen van het huidige privacybeleid tijdens het gebruik van het Bingli-platform.

3.3.3 Enquête beleving van het Bingli-platform

Na de consultatie werd het eigenlijke onderzoek verricht door aan de hand van een vragenlijst te polsen naar de algemene ervaring van de deelnemers met het platform.
Het opzet van deze enquête was na te gaan of dergelijke patiëntgerichte medische tool in de toekomst een meerwaarde zouden kunnen bieden voor het consultatieverloop.

Via mijn Bingli-account werd toegang verleend tot de gemaakte voorbereidingen van de deelnemende patiënten (Bijlage 6). Het voltooide medisch interview werd op voorhand doorgenomen. Vervolgens kende de consultatie zijn normale beloop met een verdere anamnese, klinisch en technisch onderzoek, en het bespreken van een behandelplan. Tenslotte werd samen met de patiënt de vragenlijst met 15 vragen overlopen in verband met hun ervaring met de gebruikte tool en het consultatieverloop. Extra uitleg omtrent het onderzoek werd gegeven vóór het afnemen van de enquête, net zoals het ondertekenen van de informed consent (Bijlage 7).

Voor het afnemen van het interview werd een nieuw instrument ontwikkeld, opgesteld naar het voorbeeld van de richtlijn voor het ontwikkelen van enquêtes voor wetenschappelijk onderzoek.[20] De vragenlijst hield 15 vragen in (Bijlage 8). De eerste 2 vragen polsten naar de leeftijd en het geslacht van de proefpersoon. De volgende 13 vragen waren uiteenlopende stellingen omtrent de gebruikte tool en het consultatieverloop. Er werd op voorhand aan de deelnemer uitgelegd dat een score van 0 tot 2 gelijk stond met "helemaal niet", 3 tot 4 met “eerder niet”, 5 tot 6 met “neutraal”, 7 tot 8 met “eerder wel” en 9 tot 10 met "helemaal wel”. Indien nodig kon ook voor de antwoordoptie *niet van toepassing* worden gekozen.

Er werden geen naam of andere persoonlijke gegevens bewaard voor het onderzoek. Er werden geen patiëntengegevens doorgegeven aan Bingli. De privacy van de deelnemer werd ten allen tijde gerespecteerd.

3.4 Data analyse

De scores die de deelnemers als antwoord gaven op de geponeerde stellingen werden door mezelf rechtstreeks ingevuld in een online Excel-bestand in Microsoft OneDrive. Ook de opgegeven leeftijd en het geslacht van de deelnemers werden verwerkt. Op deze manier konden de antwoorden gestructureerd worden geanalyseerd en konden de resultaten op een meer eenvoudige wijze in grafieken worden weergegeven.

De scores die de deelnemers gaven werden als woordscores verwerkt. Op deze manier werd per vraag een trend verkregen wat betreft het gebruik van de tool of het consultatieverloop.

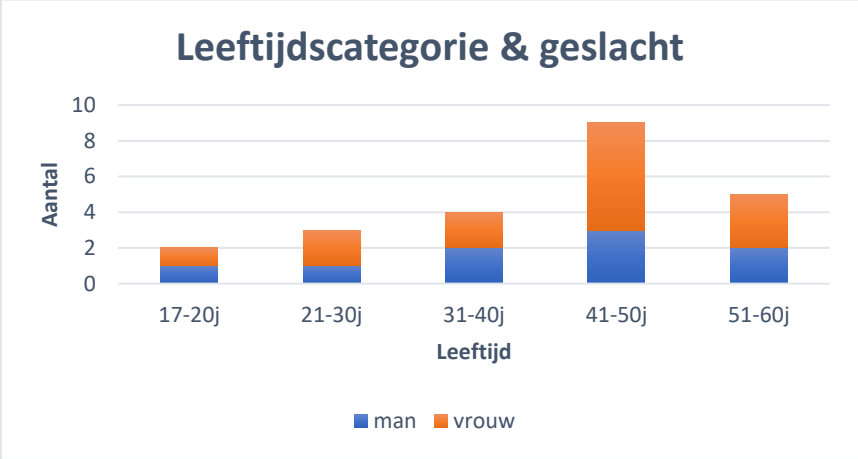
4. Resultaten

Over een periode van 8 weken werden 23 patiënten gerekruteerd ondanks het initiële doel van 30 deelnemers. Van alle 23 patiënten die de consultatievoorbereiding hadden uitgevoerd, weigerde geen enkele patiënt de enquête achteraf te beantwoorden.

4.1 Demografie

Elke patiënt die in de mogelijkheid verkeerde een online afspraak te maken kon geïncludeerd worden in de studie. Op deze manier waren patiënten van alle leeftijden en geslacht vrij om deel te nemen aan de studie.

In totaal werden 23 patiënten geïnterviewd. Daarvan was 39% (9/23) mannelijk en 61% (14/23) vrouwelijk. De leeftijdscategorie 41 tot 50 jaar was het meest vertegenwoordigd met bijna 40% (9/23) van de totale onderzoekspopulatie. De verdeling per leeftijdscategorie en geslacht is terug te vinden in onderstaande figuur (Figuur 1).



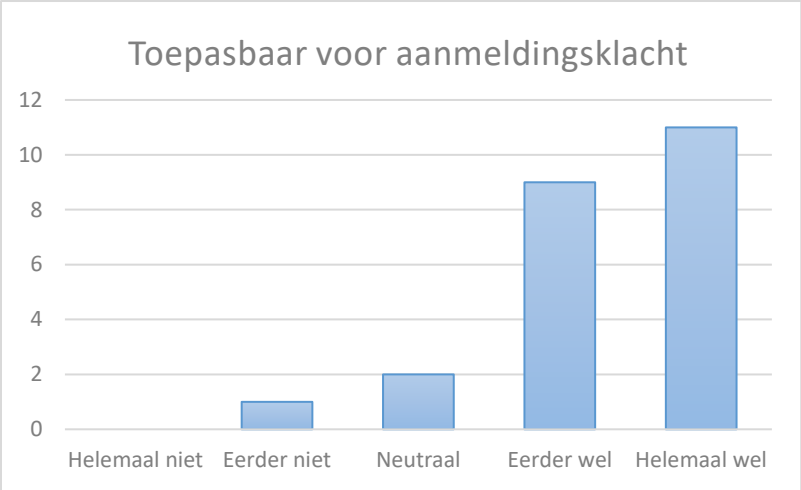
Figuur 1: Verhouding algemene kenmerken bij de populatie

4.2 Enquête beleving van het Bingli-platform

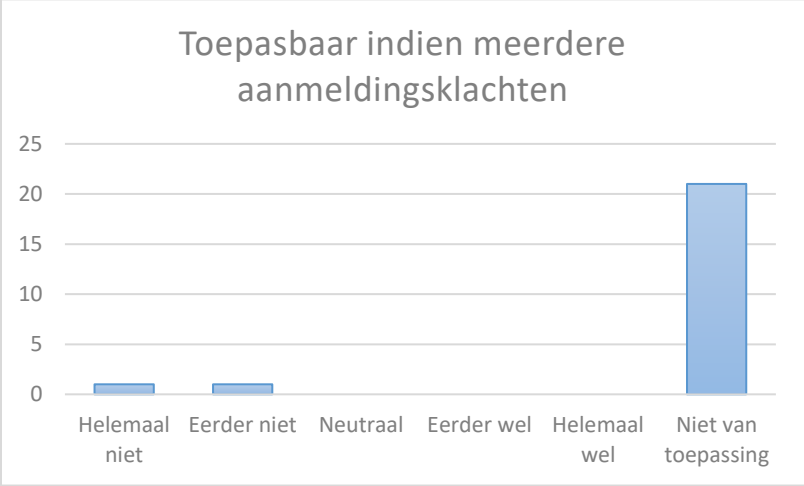
De rapportering rond de beleving van het platform werd onderverdeeld in 4 verschillende pijlers namelijk de pre-consultatie, algemene indruk, post-consultatie en het bewaren van medische gegevens.

4.2.1 Pre-consultatie

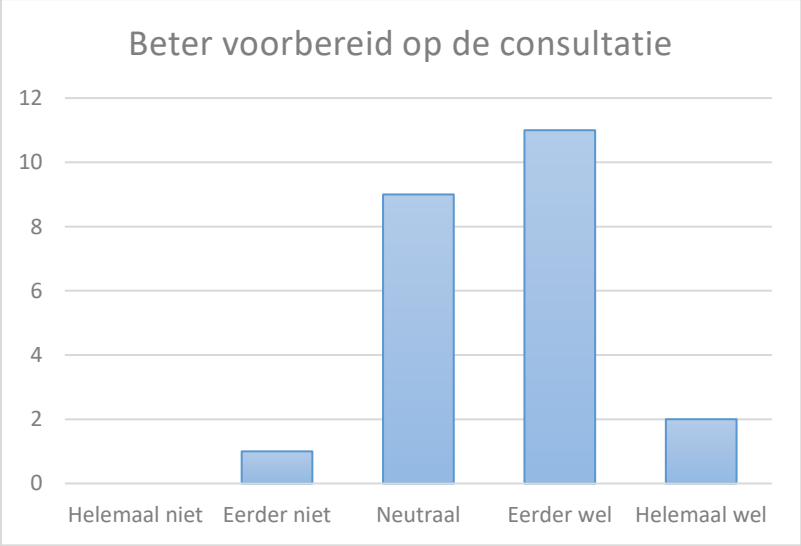
De beleving van de pre-consultatie of consultatievoorbereiding met het Bingli-platform werd onderzocht aan de hand van 3 vragen. Onderstaande figuren geven de respons weer. 87% (20/23) van de populatie vond het platform toepasbaar voor de klacht waarmee ze op consultatie wilden komen (Figuur 2). Voor 91% (21/23) was de vraag of het platform toepasbaar was indien ze met meerdere klachten kwamen niet van toepassing. De twee patiënten die wel met meerdere klachten op consultatie wilden komen ervaarden het platform als niet toepasbaar (Figuur 3). Voor 39% (9/23) maakte de voorbereiding geen verschil op het al dan niet beter voorbereid zijn op de consultatie, terwijl 56,5% (13/23) zich door het medisch interview wel beter voorbereid vond op de consultatie (Figuur 4).



Figuur 2: toepasbaarheid van het platform voor de aanmeldingsklacht



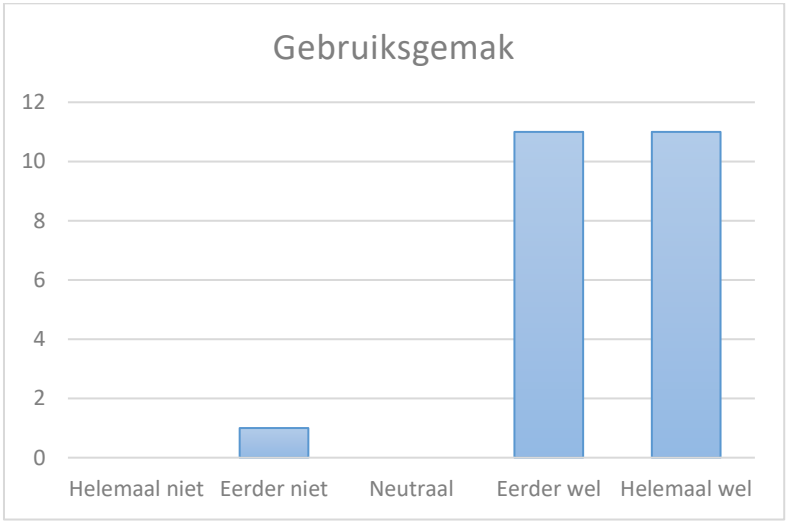
Figuur 3: toepasbaarheid van het platform indien meerdere aanmeldingsklachten



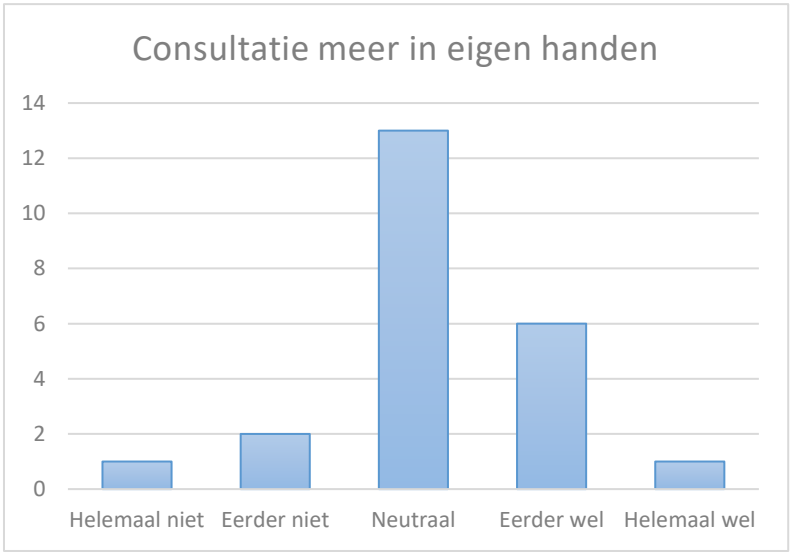
Figuur 4: mate van beter voorbereid zijn op de consultatie

4.2.2 Algemene indruk

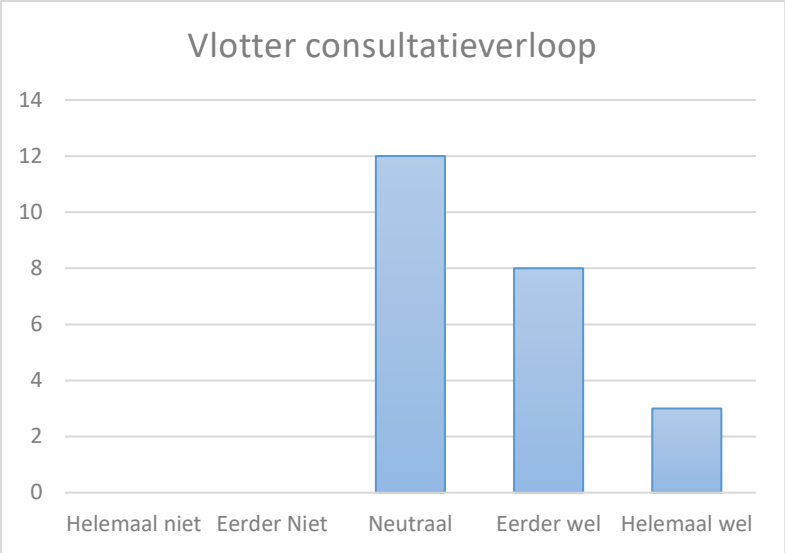
De algemene indruk van het gebruik van het platform werden onderzocht aan de hand van 5 vragen. 96% (22/23) van de onderzoekspopulatie vond het platform makkelijk in gebruik (Figuur 5). 56,5% (13/23) antwoordde neutraal op de vraag of ze door de gemaakte voorbereiding de consultatie meer in eigen handen hadden (Figuur 6). Ook op de vraag of de consultatie vlotter verliep door het voorafgaand medisch interview antwoordde iets meer dan 50% (12/23) neutraal, de kleinere helft (11/23) ervaarde wel een vlotter verloop van de consultatie in vergelijking met voorgaande consultaties (Figuur 7). Exact dezelfde tendens is te weerhouden bij de vraag of er meer structuur zit in de consultatie door de gemaakte voorbereiding (Figuur 8). 83% (19/23) beschouwde het medisch interview in het algemeen als een meerwaarde voor de consultatie (Figuur 9).



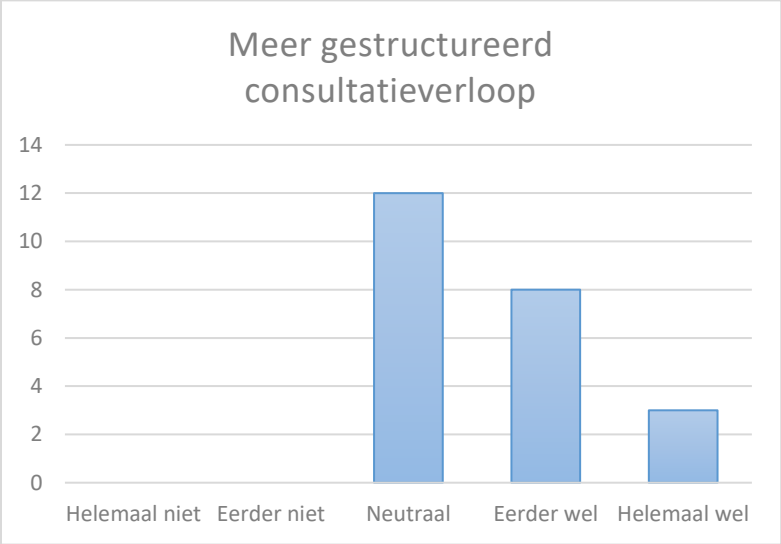
Figuur 5: mate van gebruiksgemak van het platform



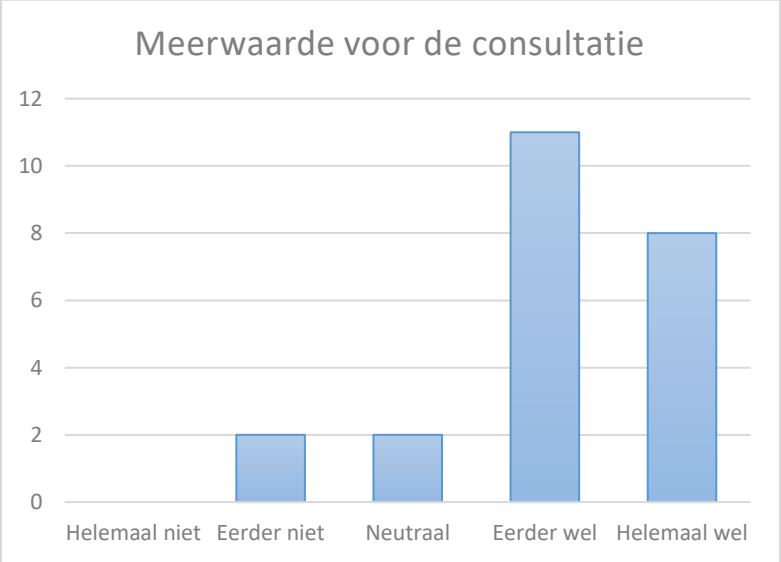
Figuur 6: mate van consultatie meer in eigen handen te hebben door het platform



Figuur 7: mate van vlotter consultatieverloop door het platform



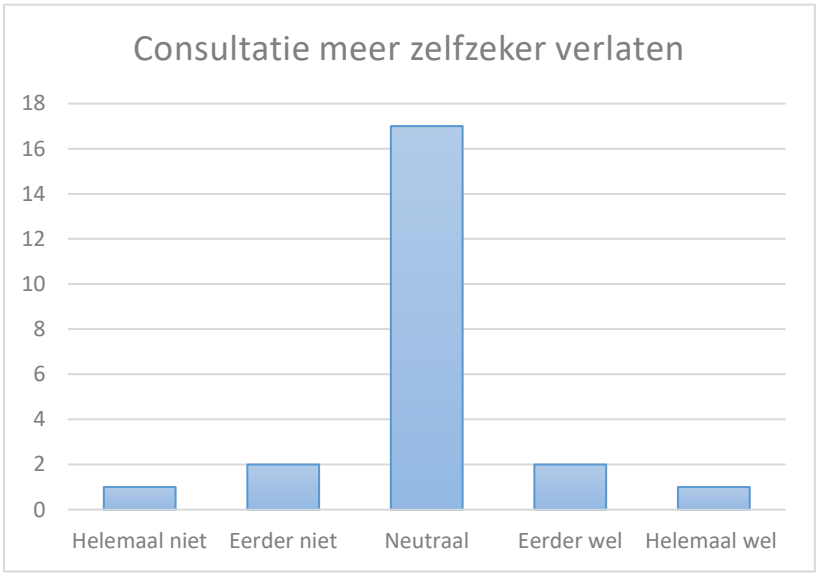
Figuur 8: mate van meer gestructureerd consultatieverloop door het platform



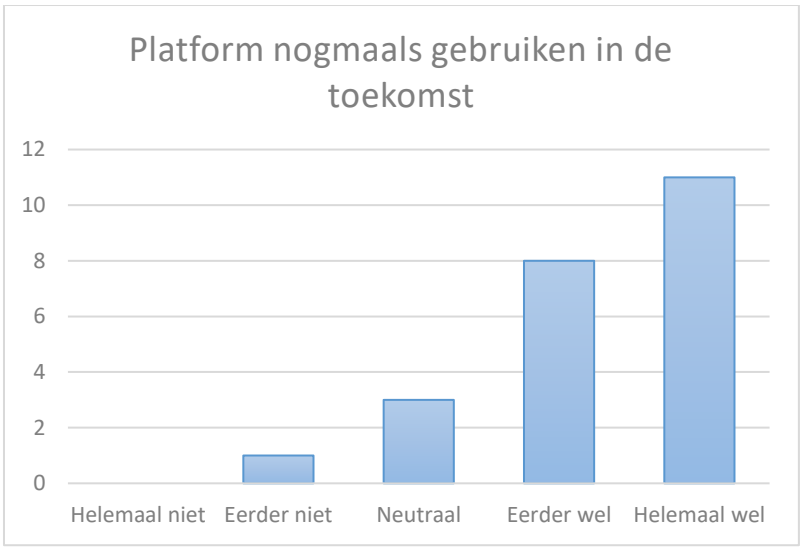
Figuur 9: mate van meerwaarde voor de consultatie

4.2.3 Post-consultatie

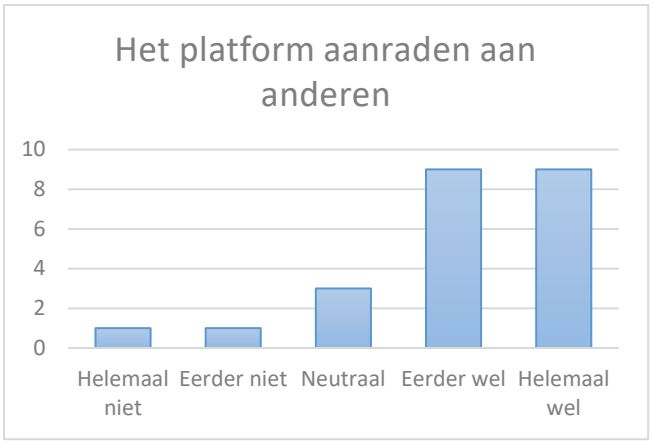
In deze pijler werd aan de hand van 3 vragen nagegaan of de patiënt de consultatie al dan niet meer zelfzeker verliet door de gemaakte voorbereiding, of hij de tool in de toekomst nog wilde gebruiken en of hij het zou aanraden aan anderen. 74% (17/23) van de onderzoekspopulatie reageerde neutraal of ze door het voorafgaand medisch interview de consultatie meer zelfzeker verlieten (Figuur 10). 83% (19/23) gaf aan dat ze in de toekomst het platform nog wel wilden gebruiken (Figuur 11). 78% (18/23) zou het platform aanraden aan andere patiënten om hun consultatie voor te bereiden (Figuur 12).



Figuur 10: mate van meer zelfzeker de consultatie verlaten door het platform



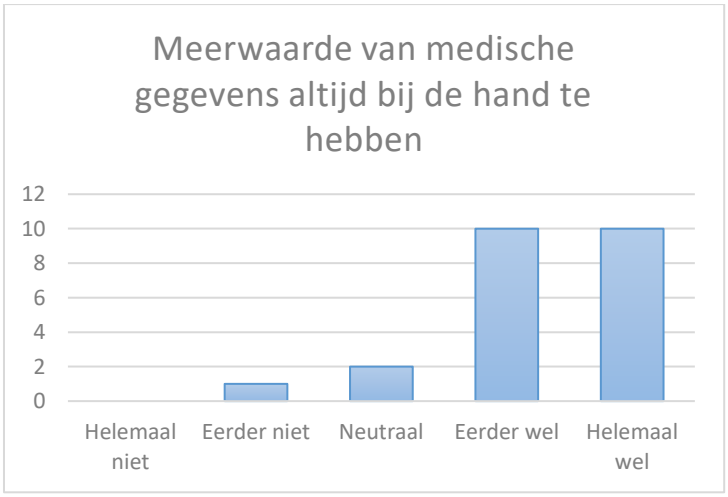
Figuur 11: mate van het platform in de toekomst nog te willen gebruiken



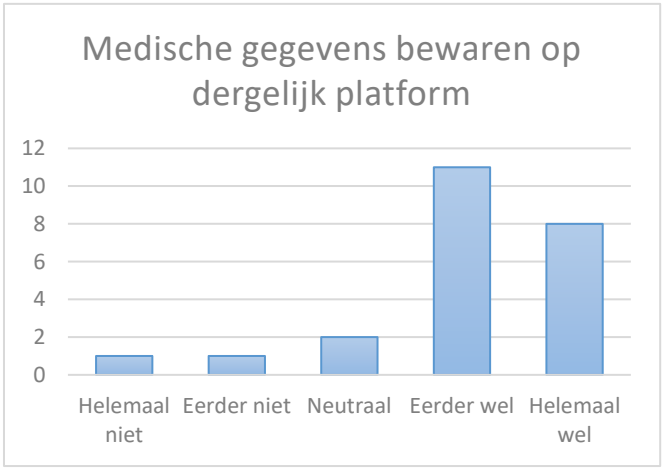
Figuur 12: In hoeverre het platform aangeraden wordt aan anderen

4.2.4 Bewaren van medische gegevens

Tenslotte werden nog 2 vragen gesteld in verband met het bij de hand hebben van medische gegevens. 87% (20/23) van de onderzoekspopulatie gaf aan het een meerwaarde te vinden zijn eigen medische gegevens steeds bij de hand te kunnen hebben (op bv. een app) (Figuur 13). 83% (19/23) zou dit eventueel willen bijhouden via een platform zoals Bingli (Figuur 14).



Figuur 13: mate van meerwaarde medische gegevens altijd bij de hand te hebben



figuur 14: mate van overtuiging medische gegevens te bewaren op platform zoals Bingli

5. Discussie

5.1 Demografie

De onderzoekspopulatie lijkt een goede weergave te zijn van de algemene patiëntenpopulatie die ik zie in de praktijk, met het grootste deel vrouwen en de meest vertegenwoordigde leeftijdscategorie van 41 tot en met 50 jaar. Daarnaast was een significant deel van de onderzoekspopulatie van de leeftijdscategorieën 21 tot en met 30 en 31 tot en met 40 jaar, maar bijna de helft hiervan maakte een afspraak voor zijn of haar kind en vulde in de plaats van het kind het medisch interview in. De ouder beantwoordde dan ook zelf de vragenlijst achteraf.

5.2 Beleving van het platform

Ten eerste werd de beleving van de consultatievoorbereiding met Bingli bevraagd. 87% (20/23) van de onderzoekspopulatie vond het platform toepasbaar voor hun aanmeldingsklacht. Dit betekent dat wanneer patiënten bijvoorbeeld de klacht *hoesten*, *buikpijn, griep* etc. in Bingli invoerden de grote meerderheid het medisch interview hiervoor geschikt achtte en geen problemen ondervond.
De meeste patiënten kwamen slechts voor één klacht. De twee patiënten die na het doorlopen van het medische interview voor hun eerste klacht een volgende klacht wilden invoeren ondervonden echter wel problemen; het programma blokkeerde en er kon geen nieuw medisch interview gestart worden.
Iets minder dan de helft van de deelnemers ervaarde geen verschil of ze na het doorlopen van het medisch interview beter waren voorbereid op de consultatie. De meerderheid van de patiënten voelden zich wel beter voorbereid op de consultatie omdat het platform hen aanzette al eens goed na te denken over de klachten en op deze manier met een meer gestructureerd verhaal op doktersvisite kwamen.

Vervolgens werden vijf vragen gegroepeerd die te maken hebben met de algemene indruk van het platformgebruik. Bijna alle deelnemers vonden het platform makkelijk te gebruiken. Het doorlopen van het medisch interview wees zichzelf uit volgens de deelnemers omdat het interview vraag per vraag werd doorlopen en er op deze manier geen verwarring kon ontstaan.
Het merendeel van de onderzoekspopulatie ervaarde geen verschil of ze de consultatie al dan niet meer in eigen handen hadden. De meeste ondervraagden voelen zich ook zonder de consultatievoorbereiding voldoende betrokken bij het consultatieverloop.
Ook bij de vragen of de consultatie vlotter of meer gestructureerd verliep was de tendens eerder onverschillig tot licht positief. De onderzoekspopulatie is reeds tevreden over de vlotheid en structuur van de consultaties in de praktijk. Hier bracht een voorafgaand medisch interview weinig verandering in.
83% (19/23) van de onderzoekspopulatie ervaarde het Bingli-platform als een meerwaarde voor de consultatie. Patiënten hadden over het algemeen een positieve indruk van het platform.

Daarna werd aan de hand van drie vragen bekeken wat de idee was van de patiënt na de consultatie. De gemaakte voorbereiding op het Bingli-platform had voor de overgrote meerderheid van de onderzoekspopulatie geen invloed op het al dan niet meer zelfzeker verlaten van de consultatie. De deelnemers gaven aan dat dit voor hen samenhing met de

vraag of ze de consultatie beter in eigen handen hadden. Zoals in de vorige paragraaf reeds naar voren kwam zijn de patiënten in het algemeen reeds tevreden over het huidige consultatieverloop en ook over het algemene gevoel waarmee ze de consultatie verlaten. Daarnaast gaf meer dan 80% (19/23) van de deelnemers aan het platform in de toekomst nog te willen gebruiken. Mochten artsen in de toekomst met dergelijke tools beginnen werken zou de meerderheid hier geen bezwaar tegen hebben.
Ook gaf bijna 80% (18/23) aan het gebruik van dergelijk platform aan te willen raden aan andere patiënten moest het programma ooit op de markt komen.

Tot slot werd de mening bevraagd rond het bewaren van medische gegevens. 87% (20/23) van de onderzoekspopulatie vond het belangrijk om in de toekomst zijn medische gegevens (belangrijke voorgeschiedenis, medicatie, allergieën etc.) steeds bij de hand te kunnen hebben. Meer dan 80% (19/23) achtte het Bingli-platform daarvoor geschikt, bijvoorbeeld via een app. De patiënten brachten echter steeds dezelfde bedenking naar voor dat dit onder zeer strikte privacy voorwaarden moest gebeuren.

5.3 Algemeen

Uit bovenstaande bevindingen kan worden opgemaakt dat bij de onderzoekspopulatie de algemene beleving van het gebruik van het Bingli-platform positief is en dat de meesten het ook als een meerwaarde beschouwen voor de consultatie, zowel qua voorbereiding als tijdens de consultatie zelf. Patiënten vinden het nuttig om op voorhand al eens over hun klachten na te denken en ze vinden het handig dat de arts reeds goed op de hoogte is waarom ze langskomen. Ook is het enorme gebruiksgemak opvallend en wordt een platform zoals Bingli als een goed medium beschouwd om in de toekomst persoonlijke medische gegevens op te bewaren en up to date te houden.

5.4 Vergelijking met andere studies

Onderzoek wijst uit dat het in theorie mogelijk zou moeten zijn om tot 80% van de klinische problemen in de huisartsenpraktijk te behandelen op basis van een goede anamnese. De betrouwbaarheid van de gegevens komende van de patiënt is hierbij het grootste obstakel.[15] De klachten van de patiënt zijn meestal evolutionair. Ze worden meer afgelijnd en duidelijker naar verloop van tijd of wanneer de patiënt meer tijd heeft gehad om erover na te denken.[21] Daarnaast kan het jargon dat de arts gebruikt voor deze medische klachten verkeerd geïnterpreteerd worden door de patiënt.[1,9] Samenvattend kan gesteld worden dat de kwaliteit van de zorg kan verbeterd worden door de arts betere informatie te verstrekken. Hierbij is het van belang dat de patiënt de gestelde vragen goed begrijpt en accuraat de medisch relevante vragen kan beantwoorden.[8]
Dit onderzoek toonde aan dat de grote meerderheid van de patiënten het Bingli-platform zeer makkelijk in gebruik vindt en erg toepasbaar acht voor hun aanmeldingsklacht.
Dit kan als volgt worden geïnterpreteerd: patiënten hebben de voorafgaande digitale anamnese vlot kunnen doorlopen, ze ondervonden geen problemen met het gebruikte jargon en de gestelde vragen droegen bij tot het verder uitdiepen van hun aanmeldingsklacht. Door het platform aan te bieden in de taal van de patiënt, met hulpmiddelen om symptomen of vragen te verduidelijken worden de barrières tussen de arts en patiënt verminderd. De informatie die de arts van de patiënt krijgt is correcter en accurater wat bijdraagt tot een betere kwaliteit van de zorg.

Vervolgens toont een onderzoek dat een patiënt gemiddeld 60 seconden nodig heeft om tot de clue van zijn verhaal te komen terwijl de arts de patiënt na gemiddeld 18 seconden onderbreekt.[22] Een patiëntgericht platform zoals Bingli laat de patiënt in alle rust zijn verhaal doen via de digitale anamnese zonder onderbroken te worden. Ook is de patiënt vrij om zijn ICE in te vullen en op deze manier de clue van zijn verhaal reeds prijs te geven. Dit zou de betrokkenheid van de patiënt verhogen wat een positief effect heeft op de therapietrouw. Dit onderzoek polst niet rechtstreeks naar de betrokkenheid tijdens de consultatie. Het toont wel aan dat de patiënt weinig verschil merkt de consultatie al dan niet meer in eigen handen te hebben. De indruk tijdens het onderzoek was dat de patiënt zich reeds voldoende betrokken voelt bij de consultatie en dat er goed geluisterd wordt naar hun verhaal. De gemaakte voorbereiding draagt bij de onderzochten weinig bij tot de betrokkenheid tijdens de consultatie.

Tenslotte toont een onderzoek aan dat weinig artsen geloven in de toegevoegde waarde van digitale platformen in de efficiëntie van de zorg. Artsen worden een aantal digitale systemen opgedrongen waar zij zelf niet noodzakelijk het voordeel van inzien.[24]
Dit onderzoek toont dat de grote meerderheid van de patiënten dergelijk platform wel als een meerwaarde beschouwt voor de consultatie en het in de toekomst nog zou willen gebruiken. Ook zien ze het nut er van in om in de toekomst hun medische gegevens hierop te bewaren. Wanneer de patiënt bereid is het systeem correct te blijven gebruiken, met een duidelijke meerwaarde voor de consultatie en de daaropvolgende zorg, zullen artsen ook meer en meer openstaan voor het gebruik van dergelijk systeem met een hogere efficiëntie in de zorg als gevolg.

5.5 Implementatie

Het is een platform dat alleen maar nuttig is als er daarna een arts wordt geraadpleegd. Het is gekoppeld aan de consultatie met de arts. Het is dus geen losstaande 'symptom checker' die het gevaar inhoudt dat de patiënt de gegeven informatie verkeerd begrijpt en met onnodige of verkeerde onderzoeken de ziektekost de hoogte in jaagt.[10]
Langs de andere kant kunnen er nog geen uitspraken gedaan worden of een platform zoals Bingli wél een positief effect kan hebben op de ziektekost. Dit is natuurlijk een samenspel van onnoemelijk veel factoren en of er ooit een verband kan worden gelegd is nog maar de vraag. Wat in de toekomst wel kan worden onderzocht is of het gebruik van dergelijk platform een effect heeft op de therapietrouw, op het aantal consultaties per patiënt per jaar, op levensstijlaanpassingen en competentie van de patiënt etc. Wanneer hier een positief verband kan worden gevonden zou het ook een positief effect kunnen hebben op de ziektekost.

Deze studie toont alvast aan dat de patiënt bereid is met dergelijk platform te werken. De tool kan aantrekkelijk zijn voor de arts maar het is de patiënt die mee het initiatief moet nemen in de toekomst. De trend dat de patiënt meer en meer betrokken wordt bij het beheer van zijn dossier zal zich in de toekomst alleszins verderzetten. Het is de taak van de arts dit te omarmen en samen te werken met de patiënt aan een systeem dat voor beide partijen vlot werkt, zodat de arts meer tijd krijgt voor coaching en empathie, en dat de patiënt zich betrokken voelt en gemotiveerd om een gezond leven te leiden.

5.6 Sterktes en zwaktes van de studie

Een sterkte van de studie is dat het een pilootstudie betreft. Momenteel wordt de demoversie van Bingli slechts bij enkele artsen getest, waar de focus vooral ligt op de ervaring van de arts. Zoals in de voorgaande paragrafen aangehaald is echter ook de beleving van de patiënt belangrijk, want hij zal degene moeten zijn die er moet mee willen werken. Daar lag de focus op in dit onderzoek.

Een zwakte van het onderzoek is dat het om een erg kleine onderzoekspopulatie gaat. Er wordt wel een trend gezien, maar of deze relevant is voor het hele patiëntenbestand van de praktijk, laat staan voor de rest van Vlaanderen is nog maar de vraag. Idealiter wordt het onderzoek nog eens herhaald bij een grotere onderzoekspopulatie.
Vervolgens kon het Bingli-platform niet gekoppeld worden aan mijn Sanmax-agenda, waardoor er een extra link op de homepage van de site moest worden gezet. Dit zorgde ervoor dat patiënten vaak geen weet hadden van de studie met Bingli en dat de patiënten mondeling op de hoogte werden gebracht via onze telefonistes. Dit neemt een groot deel van de spontaniteit weg en heeft waarschijnlijk een impact op de beleving ervan.
Tenslotte vond het onderzoek plaats tijdens het griepseizoen, wat maakt dat veel van de aanmeldingsklachten van infectieuze aard waren en eenvoudig in te geven in het Bingli platform. Idealiter loop het volgende onderzoek langer dan 8 weken en niet alleen maar tijdens het griepseizoen.

6. Conclusie

In een wereld waarin we overspoeld gaan worden met nieuwe informatie, baanbrekende technieken, digitale revolutie, artificiële intelligentie en big data wordt het eens zo belangrijk de focus terug bij de patiënt te leggen. De vrees bestaat dat al deze nieuwigheden de kloof tussen arts en patiënt zal verdiepen en dat de human factor gemist zal worden. De bedoeling moet echter zijn dat die ontwikkeling van techniek meer dan ooit de menselijke maat mogelijk maakt.

Een platform zoals Bingli kan hierin het voortouw nemen. In plaats van ons te verzetten en nieuwe techniek als een bedreiging te zien moeten we het beschouwen als een uitbreiding van ons arsenaal. Dergelijke patiëntgerichte medische tool kan de overvloed aan informatie verzamelen, juist interpreteren en de dialoog tussen arts en patiënt naar een hoger niveau brengen. Patiënten gaan artsen blijven raadplegen, alleen zal het een uitdaging zijn om onze nieuwe rol hierin te herdefiniëren. Wanneer dit idee omarmt wordt zal er voor de arts meer tijd vrij komen voor coaching en empathie.

"De beste manier om de toekomst te voorspellen is door ze zelf te creëren."

- Abraham Lincoln [11]

7. Dankwoord

Graag wil ik Tom en Piet bedanken om mij de mogelijkheid te geven Bingli uit te testen in de praktijk. Ze hebben mee hun schouders onder dit project gestoken en steeds adequate hulp geboden waar nodig.
Daarnaast bedank ik mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Devroey, om mij de kans te geven deze studie uit te voeren en opbouwende feedback te geven gedurende het ganse onderzoek.
Ook wil ik iedereen van de groepspraktijk te Bonheiden bedanken, waaronder mijn PO Ingrid Vande Casteele, om de studie toe te laten en ten allen tijde het project te steunen.
Vervolgens bedank ik mijn lief, partner, beste vriendin Marie om er al zovele jaren voor mij te zijn. Het is een enorm geschenk ook deze mijlpaal samen te mogen bereiken.
Tenslotte wil ik met een warm hart mijn ouders bedanken. Zij gaven me de mogelijkheid om geneeskunde te studeren, lieten me de vrijheid het op mijn manier aan te pakken en stonden op elk moment van de weg klaar voor steun en goede raad.

8. Literatuur

1. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* Brussel, 2014.
2. Loohuis A, Chavannes NH. *Medische apps: zorg voor de toekomst?* Huisarts en Wetenschap 2017, 9: 440-443.
3. De Leus K. *De winnaars economie; Uitdagingen en kansen van de digitale revolutie.* Tielt: Lanoo, 2017.
4. Timmers B. *De toekomst van de menselijke maat.* Huisarts en Wetenschap 2017, 9: *471.*
5. Jacobs J. *Spreekuur van de toekomst.* Huisarts en Wetenschap 2017, 9: 469.
6. Van Nuland M. *De viruele derde in de spreekkamer.* Zorgverlener vergeet jezelf niet 2013: 151-163
7. Pint G. *Omgaan met onzekerheid.* Zorgverlener vergeet jezelf niet 2013: 131-149
8. Foot C, Naylor C, Imison C. *The quality of GP diagnosis and referral.* The King's Fund. 2010.
9. Boyle CM. *Difference between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms.* Br Med J. 1970.
10. Semigran HL, Linder JA et al. *Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study*. BMJ. 2015.
11. Van Herck, P, *Transformeren om te overleven in de zorg; Healthcare in het nieuwe tijdperk.* Tielt: LanooCampus, 2015.
12. Muris JWM, Damoiseaux RAMJ, van Dijk N. *Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in!* Huisarts en Wetenschap 2017, 11: 548-550.
13. Groopman, J, *How doctors think*. Boston: Houghton mifflin company, 2007.
14. Heneghan C, Glasziou P et al. *Diagnostic strategies used in primary care*. BMJ. 2009.
15. Summerton N. *Making a diagnosis in primary care: symptoms and context.* Br J Gen Pract. 2004.
16. Van De Putte, T, Van de Steen, P. *Powerpoint presentatie Bingli.* Antwerpen, 2016.
17. Gawande, A, *The checklist manifesto; How to get things right.* New York: Profile books, 2011.
18. Annemans, L, *Je geld of je leven in de gezondheidszorg.* Kalmthout: Van Halewyck, 2016.
19. Craenen J. *Met de anamnese het spoor voortzetten*. Aan weerszijden van de stethoscoop 2013: 43-50.
20. Anthony R. Artino, Jr.,La Rochelle, JS, Kent, JD, Hunter, G. *"Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87"*, Medical Teacher, nr. 36, pp. 463-473, 2014
21. Melbye H, Straume B et al. *Diagnosis of pneumonia in adults in general practice. Relative importance of typical symptoms and abnormal chest signs evaluated against a radiographic reference standard*. Scand J Prim Health Care. 1992.
22. Brems M, Nuland MV, Lepeleire JD. *Het Leuvens Consultatiemodel*. Huisarts Nu. 2012.
23. Accenture. *Despite increased use of electronic medical records fewer U.S. doctors believe it improves health outcomes*, 2015.

9. Bijlagen

9.1 Toestemmingsformulier commissie medische ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE
VUB

Brussel, **20-12-2017**

Ons Kenmerk: **2017/343**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft :
Gezondheid in eigen handen; het tastbaar worden van "patient empowerment" met bingli
B.U.N. 143201733736

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen dd 17-12-2017 het aangepaste protocol, de vragenlijsten en de vertakkingsboom in het Nederlands versies 2 dd 6-11-2017 en de informatieformulieren versie 2 dd 19-12-2017, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van 20 december 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

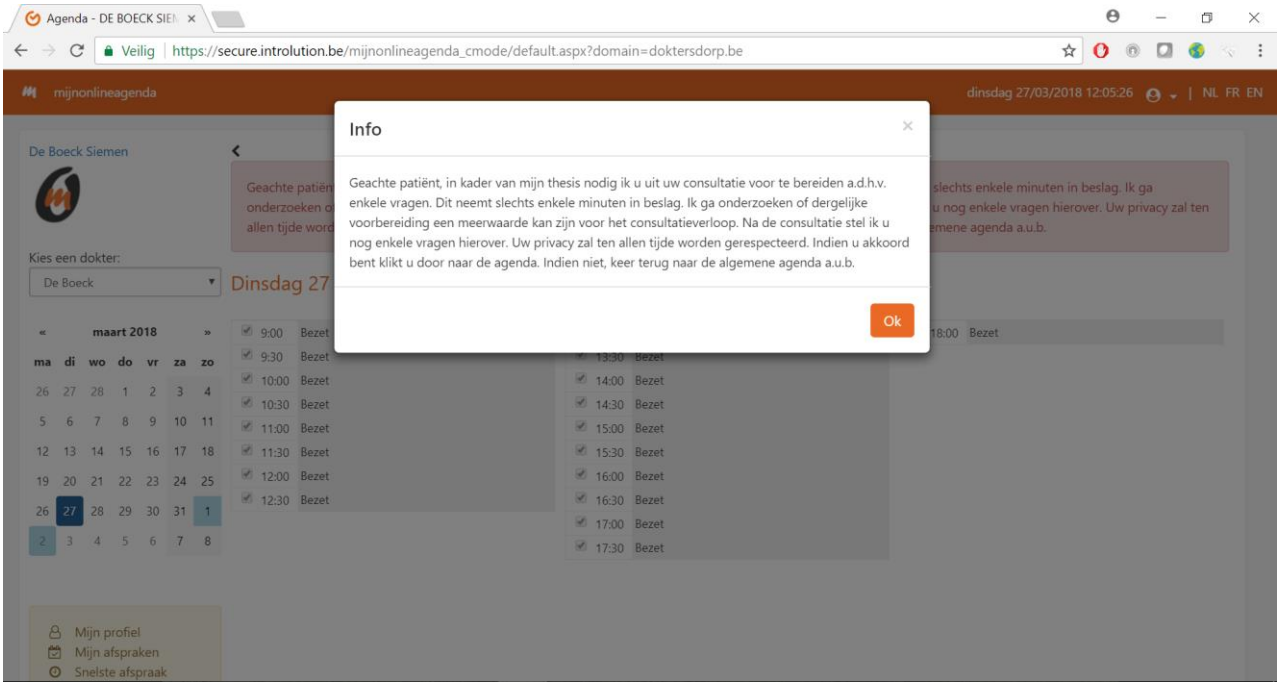
Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

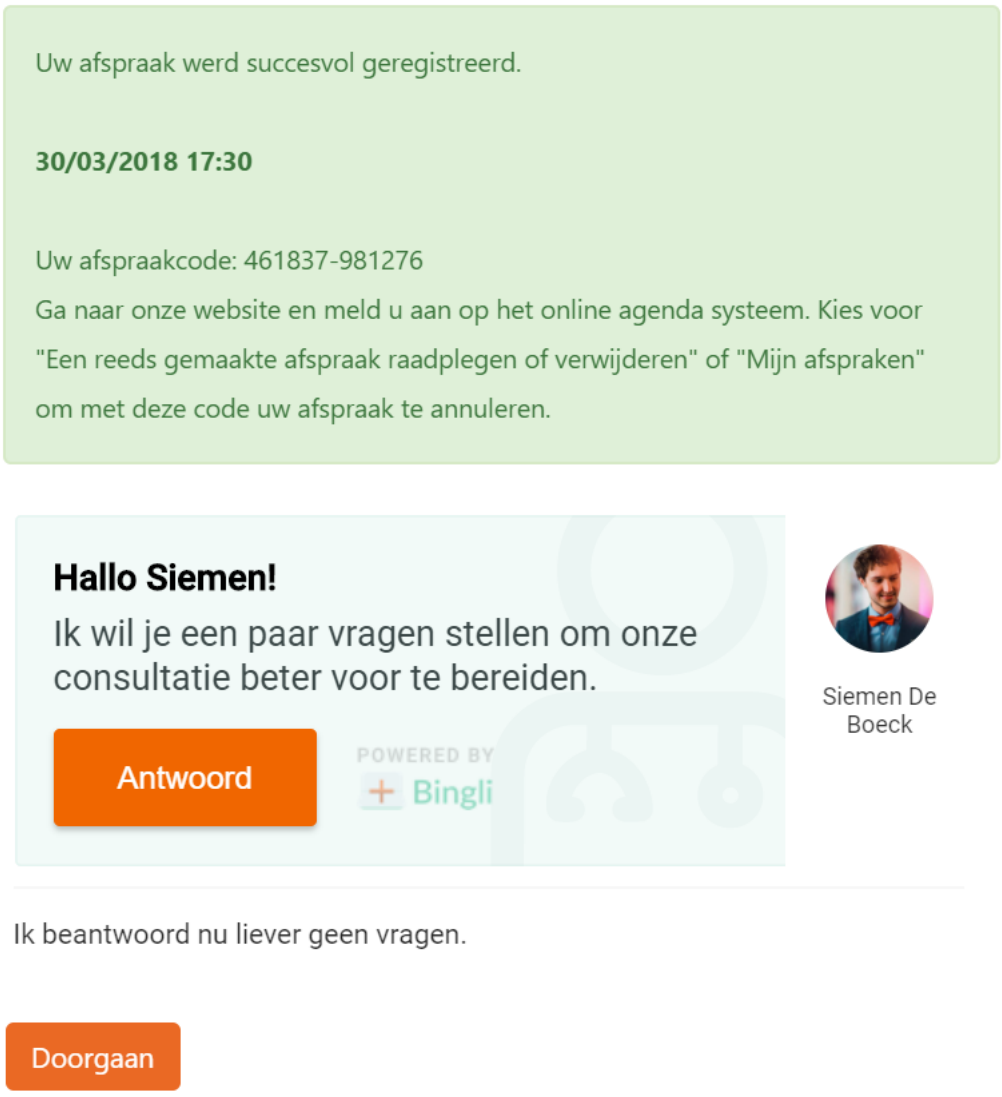
A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

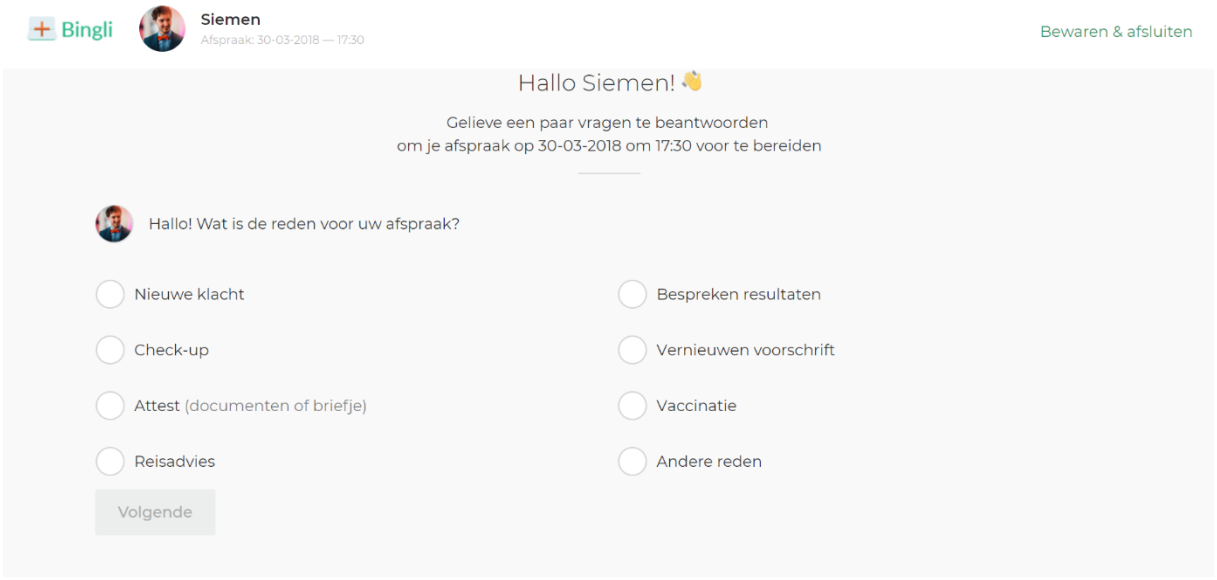
9.2 Pop-up uitleg onderzoek



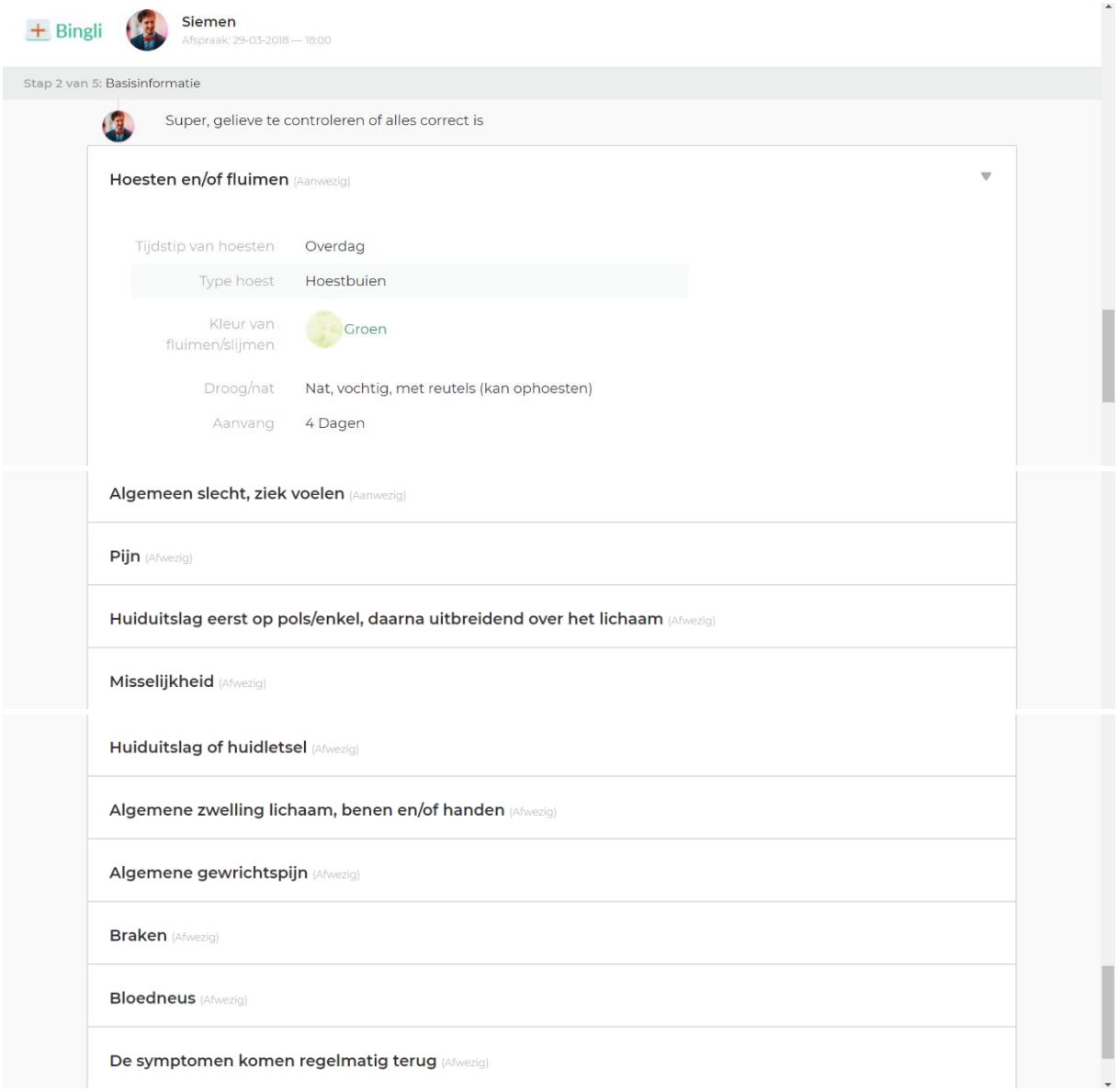
9.3 Uitnodiging consultatievoorbereiding



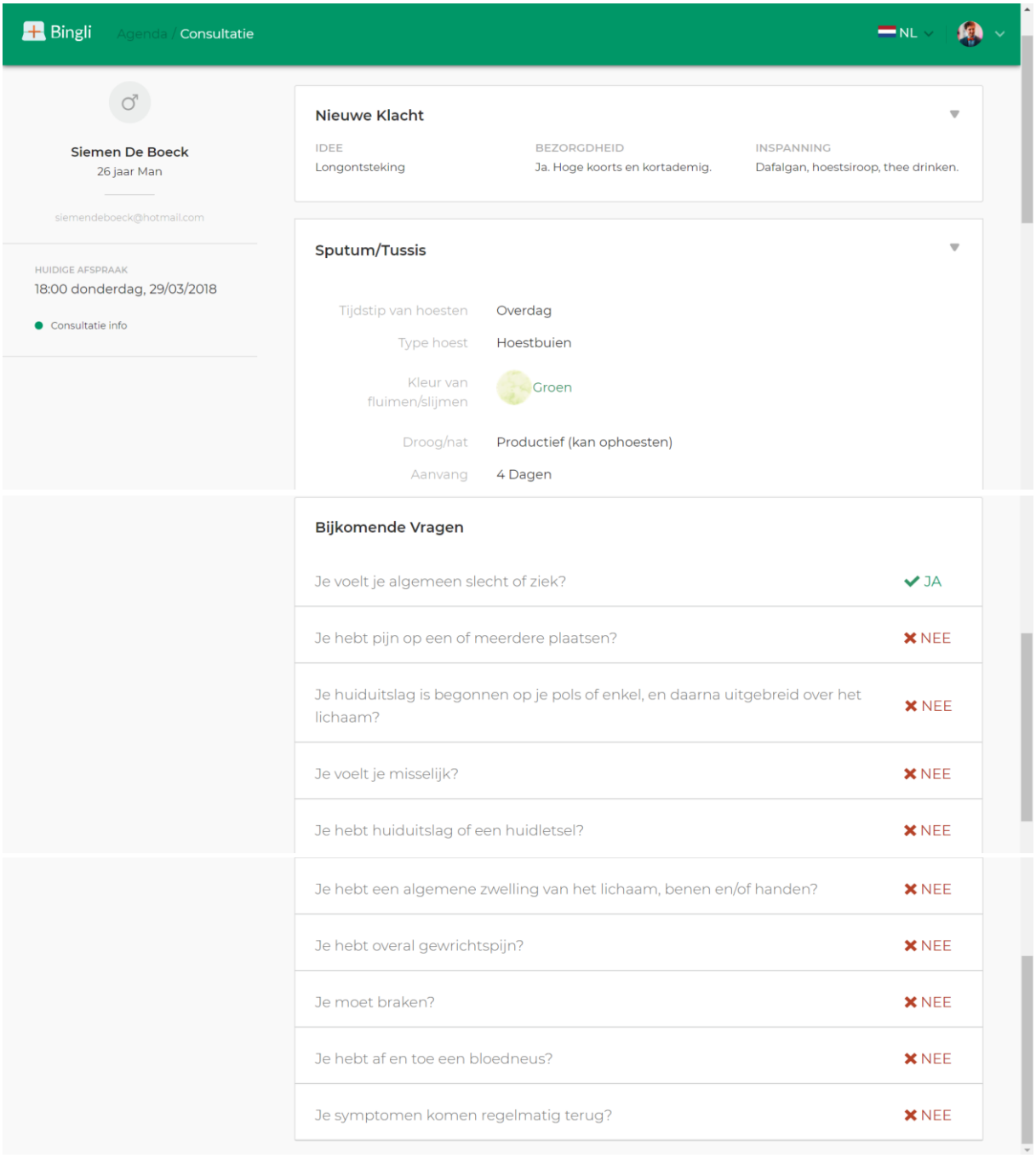
9.4 Startpagina reden afspraak



9.5 Voorbeeld antwoorden digitale anamnese (patiënt)



9.6 Voorbeeld overzicht digitale anamnese (arts)



9.7 Informed consent

Toestemmingsformulier voor de patiënt (informed consent)

Titel onderzoek: Gezondheid in eigen handen: het tastbaar worden van 'patient empowerment' met Bingli.

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Siemen De Boeck

Promotor: Prof. Dr. D. Devroey

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en de methode van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

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

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: ……..

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ……..

9.8 Enquête beleving Bingli-platform



Vragenlijst na gebruik van het Bingli-platform

Duid het voor u meest passende cijfer aan.
Met "0 = helemaal niet" tot "10 = helemaal wel".
Indien de vraag voor u niet van toepassing was,
vult u niets in.

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

In welke mate vond u dergelijke toepassing makkelijk in gebruik?

In welke mate was het platform toepasbaar voor de vraag/klacht waarmee u naar de consultatie kwam?

In welke mate vond u uzelf beter voorbereid op de consultatie?

In welke mate verliep de consultatie vlotter door de gemaakte voorbereiding?

In welke mate had u de consultatie beter in eigen handen door de gemaakte voorbereiding?

In welke mate vond u dat de consultatie meer gestructureerd verliep in vergelijking met vorige consultaties?

In welke mate was het platform goed te gebruiken indien u met meerdere problemen kwam?

In hoeverre vond u het gebruik van dergelijk platform een meerwaarde ter voorbereiding van uw consultatie?

In welke mate verliet u meer zelfzeker de consultatieruimte door de gemaakte voorbereiding?

In hoeverre zou u dergelijke tool in de toekomst nog willen gebruiken ter voorbereiding van uw consultatie?

In welke mate zou u het gebruik ervan aanraden aan anderen?

In hoeverre zou u het een meerwaarde vinden uw eigen medische gegevens altijd bij de hand te hebben?

In hoeverre zou u uw medische gegevens (voorgeschiedenis, medicatie,...) in de toekomst bijhouden via dergelijk medium?

Verzenden

Geef nooit uw wachtwoord. Geef uw persoonlijke gegevens niet aan iemand die u niet vertrouwt.

Aangedreven door Microsoft Excel

OneDrive | Gebruiksvoorwaarden | Privacy en cookies

9.9 Goedgekeurd studie protocol

STUDIE PROTOCOL

PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 09/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 04/2018

SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

X VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

X VRAGENLIJSTEN

GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

"KAN HET VOORBEREIDEN VAN DE CONSULTATIE VIA HET BINGLI-PLATFORM EEN MEERWAARDE BIEDEN VOOR HET VERLOOP VAN DE CONSULTATIE?"

NV LITTLE BRAIN TE ANTWERPEN HEEFT EEN PLATFORM ONTWIKKELD, "BINGLI", WAAROP EEN PATIËNT ZIJN EIGEN MEDISCHE GEGEVENS KAN BIJHOUDEN ZODAT HIJ DEZE ALTIJD BIJ DE HAND HEEFT (WWW.MYBINGLI.COM). OOK HEEFT DE PATIËNT VIA BINGLI DE MOGELIJKHEID OM ZIJN CONSULTATIE AAN DE (HUIS)ARTS VOOR TE BEREIDEN. DIT GEBEURT AAN DE HAND VAN EEN AANTAL GERICHTE VRAGEN, VIA EEN ALGORITME, BEGINNEND BIJ DE HOOFDKLACHT.

BIJ HET MAKEN VAN EEN ONLINE-AFSPRAAK, IN ONZE PRAKTIJK VIA SANMAX AFSPRAKENBEHEER, KRIJGT DE PATIËNT EEN LINK NAAR HET BINGLI-PLATFORM.

DE PATIËNT KRIJGT ZO DE MOGELIJKHEID OM IN DE RUST VAN ZIJN THUISSITUATIE REEDS NA TE DENKEN OVER ZIJN KLACHTEN EN ZO EEN MEER BETROUWBARE ANAMNESE TE DOEN. ALS GEVOLG IS HIJ GOED VOORBEREID OP DE CONSULTATIE EN KAN HIJ PROBLEEMLOOS ALLE VERDERE VRAGEN VAN DE ARTS BEANTWOORDEN.

TIJDENS DE CONSULTATIE WORDT DEZE VOORBEREIDING OVERLOPEN, WORDT HET NODIGE ONDERZOEK EN DE DIAGNOSESTELLING UITGEVOERD, EN KRIJGT DE PATIËNT ACHTERAF EEN VRAGENLIJST (17 VRAGEN) OVER ZIJN ERVARING MET BINGLI.

DAARNAAST WORDEN ER OOK EXTRA GEGEVENS VERZAMELD ZOALS LEEFTIJD, GESLACHT, WELKE ZIEKTEBEELDEN KWAMEN AAN BOD, ETC. (15 EXTRA VRAGEN).

DE ANTWOORDEN OP DIE 32 VRAGEN MOETEN EEN BEELD SCHETSEN OF EEN TOOL ZOALS BINGLI BRUIKBAAR IS IN EEN NORMPRAKTIJK IN VLAANDEREN EN OF DE PATIËNT EN DE ARTS HET EEN MEERWAARDE VINDEN.

BINGLI ZOU EEN HOUVAST KUNNEN VORMEN VOOR DE STEEDS MEER KRITISCHE EN MONDIGE PATIËNT. HET IS ALS HET WARE HET TASTBAAR WORDEN VAN 'PATIENT EMPOWERMENT'. BINGLI LAAT DE PATIËNT ZIJN MEDISCHE GEGEVENS ZELF BEHEREN. DAARNAAST KAN DE PATIËNT ZIJN EIGEN CONSULTATIE BETER IN DE HAND HOUDEN DOOR DE CONSULTATIE VOOR TE BEREIDEN. BINGLI MAAKT GEBRUIK VAN EEN ENORM GROTE DATABASE MET CORRECTE MEDISCHE INFORMATIE OVER EEN ZEER RUIM AANBOD AAN ZIEKTEBEELDEN. DEZE DATABASE WORDT CONTINU AANGEPAST EN AANGEVULD MET NIEUWE GEGEVENS, DOOR INPUT VAN ARTSEN DIE BINGLI GEBRUIKEN EN DOOR DE GEMEENSCHAP. HET IS EEN EVIDENCE BASED MEDICINE TOOL. BINGLI GELOOFT STERK IN INTEROPERABILITEIT, DOOR SAMEN TE WERKEN MET DE JUISTE PARTNERS KUNNEN ZE HET LEVEN VAN PATIËNTEN EN ARTSEN, EN DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG VERBETEREN.

MOMENTEEL IS ER REEDS EEN DEMOVERSIE KLAAR VAN BINGLI. IN SEPTEMBER 2017 KOMT ER EEN OFFICIËLE WERKBARE VERSIE UIT WAARMEE DIT ONDERZOEK ZOU KUNNEN UITGEVOERD WORDEN.

PRIVACY EN VEILIGHEID WORDEN GEGARANDEERD DOOR BINGLI.

ER WORDT GEEN MISBRUIK GEMAAKT VAN DE ANTWOORDEN EN GEGEVENS.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ EPIDEMIOLOGISCH