Welke media gebruiken artsen ter communicatie met de patiënt, welke ervaringen hebben ze met e-consultaties en hoe beleven ze deze?

Anthony Lambelin, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype

Co-promotor: Hanne Creupelandt

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

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.

Voorwoord

Deze masterproef werd geschreven in het kader van een twee jaar durende master-na-master-opleiding in de huisartsgeneeskunde. Graag wou ik een thema rond interactie, communicatie met de patiënt, aangezien dit behoort tot één van de fundamenten van de eerstelijnsgezondheidszorg, namelijk een goede duidelijke communicatie voor het opbouwen van een arts-patiëntrelatie. Echter wist ik niet goed hoe hieraan te beginnen en wat voor onderwerp interessant was om mij in te verdiepen. Deze scriptie was dan ook nooit zonder de hulp van enkele mensen, die ik bij deze dan ook graag zou willen bedanken.

Vooreerst wens ik mijn co-promotor Mevr. Hanne Creupelandt te bedanken, voor haar opvolging van bij de aanvang van de masterproef tot het einde. Zij heeft het meeste tijd besteed in de begeleiding van deze scriptie, gaf mij enerzijds ruimte voor een eigen inbreng en anderzijds ook steeds aanwijzingen, tips of opmerkingen wanneer ik vragen had of tekstdelen doorstuurde ter nalezing.

Daarnaast wens ik ook Prof. Dr. Deveugele Myriam en Prof. Dr. Peter Pype te bedanken. Prof. Dr. Myriam Deveugele voor het aanreiken van het onderwerp van deze masterproef, met een duidelijk doel en onderzoeksmethode voor ogen, alsook voor het nalezen en bijschaven van de literatuurstudie. Helaas kon zij mijn thesis in het tweede jaar niet meer begeleiden, waardoor ik Prof. Dr. Peter Pype wens te bedanken voor het overnemen van deze verantwoordelijkheid en de verdere begeleiding.

Dan wens ik ook nog Chris Van Baeten en Michèle Tack te bedanken. Chris, voor de vlotte samenwerking tijdens de inleiding en literatuurstudie, maar ook voor de daaropvolgende periode waarbij hij altijd openstond voor een kort overleg, eventuele vragen te beantwoorden of tips te delen. Michèle, voor haar steun, hulp bij vragen en kritische blik doorheen de gehele periode.

Als laatste wil ik graag oprecht de tien huisartsen bedanken die instemden voor een interview, voor hun tijd en enthousiaste medewerking. Hun percepties en ervaringen vormen het fundament van deze scriptie.

Abstract

Achtergrond: De eerstelijnsgezondheidszorg kent een hoge werkdruk, en dit zal de komende jaren niet veranderen. Om aan deze verhoogde zorgvraag te beantwoorden, wordt de laatste jaren meer en meer gekeken om alternatieve manieren van consultatievoering binnen de huisartsgeneeskunde te gebruiken. Sinds jaar en dag bestaat de patiëntenfolder, maar deze begint de laatste jaren echter in verval te raken. Daarnaast is er de telefoon, die rotsvast ingeburgerd is in elke huisartspraktijk. De huisarts gebruikt nu ook digitale media om te communiceren met de patiënt, wat e-consultaties genoemd worden. Dit omvat alle communicatie die online plaatsvindt, en allerlei mogelijkheden met zich meebrengt. Hoewel dit voordelig lijkt op allerlei vlakken en gepromoot wordt door de overheid, blijkt dit echter moeilijk in de praktijk te implementeren. Nochtans beschikt praktisch elke arts wel over een e-mailadres en het merendeel over een smartphone.

Onderzoeksvraag: Vlaamse studies omtrent het gebruik van en ervaringen met digitale media ter communicatie ontbreken tot nog toe. Verder zijn op heden nog geen gecommercialiseerde, veilige online patiëntenportalen beschikbaar in België, noch duidelijke richtlijnen opgemaakt.

Welke media gebruiken Vlaamse huisartsen op dit moment ter communicatie met de patiënt, welke ervaringen hebben huisartsen met e-consultaties en hoe beleven zij deze?

Methode: Er werd een literatuurstudie uitgevoerd omtrent het huidig gebruik van alternatieve media, de ervaringen die hiermee gepaard gaan, en wat de percepties naar de toekomst van e-consultaties zijn in de huisartspraktijk. Daarna werd een kwalitatief onderzoek bij tien Vlaamse huisartsen uitgevoerd aan de hand van een gestructureerd interview omtrent hun gebruik en ervaringen met en/of percepties rond alternatieve media.

Resultaten: Ook de huisartsen in deze studie blijken eerder voorzichtig te zijn in het gebruik of opname van nieuwere, digitale media voor non-face-to-face communicatie. Deze e-consultaties worden eerder ervaren als extra belasting in plaats van ontlasting. Het meest worden e-mails en tekstberichten gebruikt, maar zeker niet door iedereen en slechts voor bepaalde zaken of specifieke patiënten. Alle alternatieve media in deze studie wordt als supplement op de gewone face-to-face consultatie gebruikt, nooit als vervanging. Dit wensen huisartsen ook zo te houden, de klassieke manier van consultatievoering blijft de beste.

Conclusie: De resultaten uit deze studie komen overeen met deze uit de literatuurstudie. Samengevat merken we een eerder terughoudend karakter van de huisartsen omtrent het gebruik van nieuwe digitale media ter communicatie. Een volledige vervanging van het huidige consult door een nieuw medium kent dan ook weinig aanhangers en dit zal in de nabije toekomst allicht zo blijven.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 1

2. LITERATUURSTUDIE 1

2.1 PATIËNTENFOLDER 1
2.2 TELEFOON 1
2.3 E-CONSULTATIES 2
2.3.1 E-consultaties in theorie *2*
2.3.2 E-consultaties in praktijk *2*
2.4 HOUDING VAN HUISARTSEN OMTRENT E-CONSULTATIES 4
2.5 HOUDING VAN PATIËNTEN OMTRENT E-CONSULTATIES 5

3. MEDICOLEGAAL ASPECT VAN E-CONSULTATIES 6

4. ONDERZOEKSVRAAG 8

5. METHODOLOGIE 8

5.1 LITERATUURONDERZOEK 8
5.2 PRAKTIJKONDERZOEK 10

6. RESULTATEN 11

6.1 DEMOGRAFISCH 11
6.2 HUIDIG GEBRUIK VAN MEDIA 12
6.2.1 Informeren *12*
6.2.2. Communiceren *13*
6.3 ERVARINGEN MET GEBRUIKTE MEDIA 14
6.3.1 Informeren *14*
6.3.2 Communiceren *15*
6.4 HOUDING TEN OPZICHTE VAN GDPR-WETGEVING 17
6.5 TOEKOMSTVISIES 18

7. DISCUSSIE 20

7.1 REFLECTIE MET HUIDIGE LITERATUUR 20
7.2 TRENDS 22
7.3 STERKTES EN ZWAKTES 23
7.4 CONCLUSIE 24

8. REFERENTIES 25

9. BIJLAGEN 27

A. GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ 27
B. PROTOCOL AANVRAAG ETHISCH COMITÉ 29
C. INFORMATIE EN TOESTEMMINGSFORMULIER DEELNEMERS 38
D. VRAGENLIJST INTERVIEWS 41

1. Inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg kent een hoge werkdruk, en dit zal de komende jaren niet veranderen. Zo is vastgesteld dat in het Verenigd Koninkrijk de werkdruk tussen 2007 en 2014 met 16% gestegen is (1). Dit kan begrepen worden vanuit het probleem van 'de dubbele vergrijzing': een toename aan 65-plussers met daarbovenop een stijging van het aandeel 80-plussers binnen deze groep. Hierdoor verplaatst de focus zich van acute reactieve zorg naar geïntegreerde en patiëntgerichte chronische zorg. Anderzijds hebben we op heden een patiëntenpopulatie die informatie uit alle mogelijke bronnen verkrijgt en niet zomaar alles als vanzelfsprekend beschouwd, en alles in vraag stelt (2). Om aan deze verhoogde zorgvraag te beantwoorden, wordt de laatste jaren meer en meer geijverd om alternatieve manieren van consultatievoering en/of overdracht van betrouwbare medische informatie in te schakelen (3).

2. Literatuurstudie

2.1 Patiëntenfolder

Sinds jaar en dag bestaat de patiëntenfolder, een informatiebrochure die handelt over eender welk thema, en mee gegeven wordt aan het eind van de consultatie als een soort persoonlijke 'take-home message'. Het is aangetoond dat deze tal van voordelen bieden (4):

- Een stijging van de tevredenheid bij de patiënt
- Het dient als geheugensteun voor de mondelinge informatie tijdens het consult
- Een uitbreiding van kennis omtrent het onderwerp, ongeacht het opleidingsniveau van de patiënt
- Het leidt tot een betere compliance en een daling van het aantal 'onnodige' consultaties, zowel door de patiënt als door zijn naaste omgeving

Toch zien we dat patiëntenfolders niet overal (meer) aangeboden worden. Enkele praktische problemen die zich opdringen zijn: het vinden van geschikte, en vooral medisch correcte brochures; alsook het adequaat ordenen en organiseren van het gebruik ervan zodat dit niet in verval geraakt (5).

2.2 Telefoon

Daarnaast is de telefoon sinds lang een alternatief voor de face-to-face communicatie. Volgens een studie in het Verenigd Koninkrijk maakt tot 79% van de huisartsen bijna dagelijks gebruik van telefonische consultaties, en het is vastgesteld dat tot praktisch de helft van de zorgvragen via deze manier kan opgelost worden (3,6). Echter, wanneer we telefonische consultaties als standaard eerste benadering gebruiken,

gaf dit geen significante daling in kosten, noch in het consulteren van de tweedelijnsgezondheidszorg, en eerder een stijging van de globale werkdruk van de huisarts (6).

2.3 E-consultaties

2.3.1 E-consultaties in theorie

Met de huidige en aanhoudend evoluerende technologie is men tegenwoordig vanop wereldwijd beleidsniveau op zoek naar een digitale vorm van consultatievoering, ook wel e-consultaties genoemd (ook vaak onder de naam 'telemedicine' terug te vinden) (3,7). Breed gedefinieerd is élke vorm van online communicatie met de huisarts een e-consulatie en omvat dus onder andere tekst- en voice-berichten via smartphones, e-mails, interactieve video's via een camera-bevattend medium, persoonlijke monitoringsapparaten, webgebaseerde patiëntenportalen, sociale netwerksites, veilige chatrooms en online fora (7,8).

E-consultaties beogen de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg te verhogen en tegelijk de werkdruk bij de arts te verlagen, die dan meer tijd kan spenderen aan "klassieke, face-to-face consultaties". Bovendien zouden e-consultaties kostenbesparend zijn dankzij een vermindering van 'onnodige' aanmeldingen bij de eerste- en tweedelijn, en het vermijden van langetermijnkosten als gevolg van aanslepende onbehandelde klachten (7).

2.3.2 E-consultaties in praktijk

Hoewel e-consultaties theoretisch een aantal voordelen kunnen bieden, blijkt een praktische implementatie niet zo evident te zijn. Zo kon een Cochrane review uit 2012 rond e-mailconsultaties geen kwalitatieve resultaten noch duidelijke conclusies vaststellen (9). Recentere studies uit het Verenigd Koninkrijk toonden aan dat 99% van de praktijken nog nooit een videoconsult voerden, slechts 6% enige vorm van e-consultaties gebruikt, en 20% plannen heeft dit in de toekomst te gebruiken (3,10). Nochtans wordt het gebruik van nieuwe media vanuit de overheid in het Verenigd Koninkrijk wel gestimuleerd, en is er sinds 2013 een nationaal fonds, het 'GP Access Fund', dat projecten rond dit thema sponsort (11).

Onderzoek toont aan dat ongeveer 20-25% van alle artsen uit Europa en de VS e-mail in de praktijk gebruikt (12). Wanneer e-mailconsultaties effectief plaatsvinden, is het vaak met een select aantal – door de arts gekozen – patiënten, met duidelijke, ongecompliceerde vragen of noden (7,10,12). Onderzoek wijst uit dat de meest besproken onderwerpen bij e-mailconsulten psychologisch gerelateerd blijken *(zie verder paragraaf 2.5)*, en daarnaast vooral endocriene, metabole, nutritionele en circulatoire onderwerpen in het kader van bloedresultaten of chronische aandoeningen (13).

Ook bij videoconsulten zien we dat artsen slechts goede ervaringen beschrijven in geselecteerde gevallen, namelijk wanneer er: een goede verstandhouding heerst tussen arts en patiënt; barrières in mobiliteit zijn; het weinig complexe vragen betreft; en er geen nood aan klinisch onderzoek is, maar wel de noodzaak tot frequente evaluatie (14). Daarnaast blijkt het gebruik van e-consultaties niet te leiden tot een daling in het aantal klassieke face-to-face consultaties, wat suggereert dat patiënten e-consultaties eerder als supplementair aanzien, dan als substitutie van de klassieke consultatie (7).

In Nederland wordt sinds 2006 het gebruik van e-mailconsultaties in de huisartsgeneeskunde gestimuleerd: er zijn richtlijnen ontwikkeld omtrent het gebruik, en er is een vergoeding voorzien die varieert afhankelijk van de tijdsbesteding van de huisarts (13,15–17). Hoewel tot 50% van de Nederlandse huisartspraktijken e-mailconsultaties aanbieden – dit in vergelijking met 6% in het Verenigd Koninkrijk – worden deze eerder sporadisch gevoerd, met <1% van het totaal aantal consultaties (face-to-face, telefoon en e-mail) in 2014 (13). In Denemarken daarentegen worden e-mailconsultaties aan 100% van de populatie aangeboden, dit via een publiek gezondheidsportaal, met in 2013 meer dan 4 miljoen e-mailconsultaties tegenover 20 miljoen face-to-face consultaties (13,18).

Zoals eerder aangehaald, behoren ook tekstberichten, via sms of andere digitale media, tot e-consultaties. Dit kan gebruikt worden als communicatiemiddel in twee richtingen, maar vaker zien we dat het gebruikt wordt in een informatieve context met voordelen als verhoogde naleving van afspraken, herinneringen voor vaccinaties et cetera, extra begeleiding bij bijvoorbeeld diabetes- of rookstoppatiënten. Een studie in Ierland uit 2017 toont dat 38% van de huisartsen hiervan gebruik maken, met een meer dan viervoudige stijging op 3 jaar tijd (19).

Recente studies uit het Verenigd Koninkrijk, en later ook Schotland, bestudeerden de werking en gevolgen van een nieuw e-consultatie systeem, ‘eConsult’ genaamd (1,20–22). Dit is een online platform dat, via de website van de huisarts, toegang tot advies of zorg geeft aan de patiënten. Hierop zijn zelfhulprichtlijnen en -video’s te vinden, een link naar medisch of pharmaceutisch advies, de mogelijkheid om een administratieve dienst te vragen (voorschrift, formulier), of een e-consultatie in te dienen. Dit laatste bestaat uit het invullen van een gestructureerd online formulier om een beeld van het probleem te creëren, waarna beslist kan worden of de patiënt al dan niet via deze e-consultatie, een telefonisch gesprek of een face-to-face consult afgehandeld kan worden. Tijdens het invullen worden eventuele alarmsymptomen geïdentificeerd door het systeem waarna, indien nodig, wordt doorverwezen naar desbetreffende diensten (20).

2.4 Houding van huisartsen omtrent e-consultaties

Huisartsen geven inderdaad aan moeilijkheden te ervaren met de huidige werkdruk; de beperkte tijd die ze kunnen bieden aan elke patiënt, alsook hun eigen slinkende vrije tijd. Velen van hen staan dan ook – echter onder voorwaarden – open voor nieuwe digitale media in de huisartsgeneeskunde. Wanneer de drijfveren van huisartsen voor het aanwenden van alternatieve media bevraagd worden, komen volgende rationales naar voor (23):

- Een verlangen om een moderne praktijk te zijn en te voldoen aan de verwachtingen van de (drukbezette) patiënt
- Het kunnen bereiken van patiënten in verafgelegen gebieden of die op een andere manier verhinderd zijn naar de praktijk te komen
- De vaststelling dat bij een “first come, first served”-systeem patiënten soms een afspraak mislopen die ze daadwerkelijk nodig hadden
- De erkenning dat onthaalmedewerkers/telefoonlijnen vaak overbezet zijn
- Het streven naar efficiëntie en meer controle over werkdruk

Maar wanneer navraag wordt gedaan naar de attitude van huisartsen tegenover het implementeren van e-consultaties is een eerder conservatieve houding vastgesteld, waarbij de klassieke face-to-face consultatie als eigen aan het diagnostisch en klinisch handelen wordt gezien. Daarnaast geven veel huisartsen ook aan zich ongemakkelijk te voelen bij een non-face-to-face consult (10,24,25).

Zo blijken artsen heel wat bezorgdheden te hebben met betrekking tot het implementeren van e-consultaties (3,7,10,12,19,24–27):

- Een uitgesproken vrees voor een stijging in werkdruk door nieuwe ingangspoorten voor communicatie
- Bezorgdheden rond privacy, veiligheid en medicolegale gevolgen
- Gebrek aan een uitgewerkt model voor terugbetaling van deze diensten
- Vragen over de integratie hiervan in de reeds bestaande patiëntendossiers
- Het ontstaan van ongelijkheden in technologie-gemedieerde zorg in de maatschappij
- Het gevaar hierbij van asynchroniteit (het tijdsinterval tussen vraag en antwoord) bij urgente zaken
- Een gebrek aan technologische kennis bij de arts dan wel de patiënt, met nood aan duidelijke ICT-training
- De noodzaak tot een immer werkende internetverbinding overal

- Het vergroten van de concurrentie door de weidverspreide toegang tot zorg (bijvoorbeeld prijsverschillen of tweede opinies)
- Het misbruiken wanneer een te hoge vergoeding wordt voorzien

Ook de ervaringen rond het gebruik van het 'eConsult' blijken bij navraag eerder negatief te zijn. Huisartsen ervaarden enkel voordeel bij het verwerken van taken zonder nood aan verdere consultatie, zoals administratieve taken of routine zaken bij chronische aandoeningen. Dikwijls was er echter verdere informatie nodig door middel van een telefonisch dan wel face-to-face consult, met eerder een stijging van de werkdruk als gevolg. Daarbij kwam nog eens dat niet alle patiënten het systeem als tijdswinst voor zowel henzelf als de arts gebruikten, maar eerder wanneer geen tijdig consult te verkrijgen was via de reguliere manier, waardoor artsen afhankelijk werden van de manier waarop patiënten het systeem gebruikten. Dit benadrukte de noodzaak tot goede begeleiding en duidelijke richtlijnen. Een ander nadeel bleek dat het systeem niet geïntegreerd was met het huidige medisch programma, waardoor soms slechts beperkte gegevens ter beschikking waren (1,21).

Naast bovengenoemde bezorgdheden vermelden artsen echter ook enkele potentiële voordelen van e-consultaties (3,10,13,19):

- Een verhoogde toegankelijkheid
- Betere opvolging van de patiënt
- Tijdswinst
- De mogelijkheid tot beeld- of geluidsmateriaal
- Het gebruik in situaties met communicatie- en/of mobiliteitsbeperkingen

Samengevat formuleren artsen een nood aan duidelijke richtlijnen (voor arts en patiënt) voor het efficiënt gebruik van e-consultaties, het maken van commerciële online patiëntenportalen waar communicatie tussen arts en patiënt op een veilige manier verzekerd wordt, met voorgemaakte sjablonen die de patiënt doorheen het consult leiden en zo de hoeveelheid informatie voor de arts beperken tot het noodzakelijke (12,26).

2.5 Houding van patiënten omtrent e-consultaties

Wanneer we het implementeren van e-consultaties vanuit het patiëntenperspectief bekijken, blijken zij voornamelijk voordelen te zien zoals (10,19,23,24):

- Een verhoogde toegankelijkheid, dankzij de mogelijkheid om een bericht na te laten bij de arts wanneer er niet onmiddelijk een afspraak in de praktijk kan gemaakt worden
- Geen nood om zich te verplaatsen of om te wachten in een wachtruimte vol zieke mensen

- De mogelijkheid om de arts rechtstreeks te bereiken i.p.v. via een secretariaat
- Een verbetering van de continuïtiet van zorg
- De arts-patiënt relatie kan versterken
- Onnodige consultaties vermijden
- Bij asynchrone communicatie: de mogelijkheid om berichten te bewaren en om vragen goed voor te bereiden

Het is tevens is aangetoond dat patiënten via online media een verhoogd gevoel van een anonimiteit en veiligheid ervaren, en zo sneller medische raad opzoeken, alsook meer geneigd zijn persoonlijke en gevoelige problemen te aan te kaarten, wat het merendeel aan psychologische gerelateerde e-mails kan verklaren *(cfr. paragraaf 2.3.2)* (13,28). Dit zou echter de vrees van de huisartsen voor een verhoogde werkdruk door een verlaagde drempel kunnen bevestigen.

Studies rond videoconsultaties stellen ook vast dat patiënten hierbij een hogere tevredenheid uiten in vergelijking met de klassieke face-to-face consultvoering, zonder negatieve ervaringen omtrent de communicatie. Nochtans is aangetoond dat online videoconsultaties een meer arts-gecentreerde communicatiestijl uitlokken, met minder patiëntparticipatie, 'shared-decision making', of opbouwen van een arts-patiëntrelatie (29,30). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de verwachtingen van de patiënt omtrent communicatie lager liggen bij deze consultatievorm, alsook een veralgemeende positieve ingesteldheid jegens het hele gebeuren door het gebruik van technologie, en het gemak van het verkrijgen van zorg zonder tijdsverlies of verplaatsing (30,31).

Wanneer men de ervaringen van de patiënten omtrent het gebruik van 'eConsult' bevroeg, werd ook dit positief onthaald, en dezelfde voordelen als hierboven reeds vermeld werden aangehaald (1,21).

3. Medicolegaal aspect van e-consultaties

Het communiceren met patiënten houdt in dat er medische gegevens van én met deze patiënten uitgewisseld en opgeslagen worden via het gekozen medium. Tot voor kort was er geen duidelijke regulering omtrent het gebruik van digitale media ter communicatie/overdracht van medische gegevens, en werden alle media naar eigen believen gebruikt. Sinds 28 mei 2018 is echter de 'General Data Protection Regulation' (GDPR) officieel in voege getreden, volgend op een tweejarige overgangsperiode. De GDPR-wetgeving, in het Nederlands ook gekend als Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), is opgesteld door de EU met als doel een betere bescherming van persoonsgegevens door middel van éénzelfde wetgeving in alle landen van de EU. De GDPR is van toepassing op organisaties van elke grootte

en iedere sector, dus ook op huisartspraktijken van gelijk welke omvang. Er zijn zeven basisprincipes waarrond de GDPR is opgebouwd (32):

- Rechtmatige, behoorlijke en transparante verwerking: de persoon van wie de gegevens verwerkt worden, is hier van op de hoogte, heeft hiervoor toelating gegeven en kent zijn rechten.
- Doelbeperking: de persoonsgegevens worden voor een welbepaald gewettigd doel verzameld, en mogen niet voor andere zaken gebruikt worden.
- Gegevensbeperking: enkel de noodzakelijke gegevens die voor het beoogde doel noodzakelijk zijn, mogen worden verzameld.
- Juistheid: de persoonsgegevens moeten correct zijn en blijven.
- Bewaarbeperking: de persoonsgegevens mogen niet langer bewaard worden dan nodig voor het beoogde doel.
- Integriteit en vertrouwelijkheid: de persoonsgegevens moeten beschermd worden tegen toegang door onbevoegden, verlies of vernietiging.
- Verantwoording: de verantwoordelijke moet kunnen aantonen aan deze regels te voldoen.

Een veilige opslag en uitwisseling van medische gegevens van patiënten wordt met de GDPR-wetgeving dus nog explicieter benadrukt. Non-face-to-face communicatie via e-mail of online tekstberichten zoals 'Messenger' of WhatsApp' worden nu als onveilig beschouwd en zijn niet meer toegelaten. Vanaf nu moet digitale communicatie gebeuren op een beveiligde, geëncrypteerde, manier.

Wanneer we kijken naar het advies van de Nationale Raad van De Orde der Artsen omtrent artsen en digitale media melden zij volgende zaken (33):

- Telefonisch advies: het is de meest verbreide vorm van telegeneeskunde vandaag. Dat patiënten bij hun arts terecht moeten kunnen voor een "pertinente vraag" of een advies inwinnen kort nadat ze op raadpleging zijn geweest, wordt absoluut niet betwist. Daarentegen is het telefonisch vragen van raad in geval van acute ziekte om een raadpleging te omzeilen een dagelijkse werkelijkheid aan het worden die in de mate van het mogelijke moet worden afgeremd.
- Elektronisch advies: Elektronisch verkeer tussen de arts en de patiënt dient zich te beperken tot de uitwisseling van administratieve informatie. Een arts kan op een vraag van een patiënt slechts beperkt ingaan voor zover de arts behandelend arts is van de patiënt en het gaat over medisch advies in niet-dringende zaken. Bovendien kan het enkel gaan om additionele informatie. Het stellen van een diagnose is niet toegestaan. Hiervoor zal de patiënt steeds op raadpleging moeten komen bij de arts.

- Videoconferentie: Bij een chronische patiënt in de thuiszorg kan de arts het gebruik hiervan als zorgbegunstigend ervaren. Om de confidentialiteit van de uitgewisselde informatie bij deze vorm van communicatie te waarborgen dient in een voldoende beveiligde elektronische verbinding te worden voorzien. Daarenboven moet de patiënt de mogelijkheid hebben om op elk moment van de videoconferentie af te zien, zonder dat dit enige weerslag heeft op de zorg.
- Medische apps: De arts dient zich te vergewissen van de kwaliteit van deze apps, en dit in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, navormingsinstanties en universiteiten. Hij moet volledig overtuigd zijn van de veiligheid en de bescherming van het beroepsgeheim, alvorens samen met de patiënt voor deze vorm van telemonitoring te kiezen.

4. Onderzoeksvraag

Huisartsen ervaren een verhoging van de werkdruk, en nieuwe digitale media ter communicatie met de patiënt dienen zich aan ter gebruik in de gezondheidszorg. Deze vormen van digitale consultatievoering worden e-consultaties genoemd. Naast de telefoon kan de huisarts ook gebruik maken van e-mail, tekstberichten, videoconsulten, en zijn er tegenwoordig zelfs studies met een nieuw online platform, 'eConsult'. Hoewel deze media in theorie veel voordelen kunnen meebrengen, blijkt dit in de praktijk echter nog niet het geval, en vele artsen blijven terughoudend in de opname, of zuinig in het gebruik van deze digitale media. Nochtans beschikt praktisch elke arts wel over een e-mailadres en het merendeel over een smartphone.

Vlaamse studies omtrent het gebruik van en ervaringen met digitale media ter communicatie ontbreken tot nog toe. Verder zijn op heden nog geen gecommercialiseerde, veilige online patiëntenportalen beschikbaar in België, noch duidelijke richtlijnen opgemaakt. Welke media gebruiken Vlaamse huisartsen op dit moment ter communicatie met de patiënt, welke ervaringen hebben huisartsen met e-consultaties en hoe beleven zij deze? Om hiervan een idee te krijgen werden tien Vlaamse huisartsen bevraagd aan de hand van een gestructureerd interview *(zie bijlage D)*.

5. Methodologie

5.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek van deze masterproef gebeurde in samenwerking met Chris Van Baeten, die zich vooral focuste op het gebruik van e-mailconsultaties, wat ook onderdeel vormt van e-consultaties. Hierdoor werd besloten tot een gemeenschappelijke initiële zoekopdracht. Er werd gebruik gemaakt van de MEDLINE-databank met behulp van Pubmed.

- ‘Internet’ kunnen we meer algemeen omschrijven als een vorm van telecommunicatie, die in deze context ingezet zal worden voor het voeren van medisch inhoudelijke gesprekken. Dit werd vertaald naar de MeSH-term “Telemedicine”, wat dit begrip goed omvat.
- Voor ‘Arts-patiënt-communicatie’ werd geen specifiek overeenstemmende term gevonden. Er werd geopteerd om de meer algemene term “Communication” te gebruiken.
- ‘Eerstelijnsgezondheidszorg’ werd vertaald naar de MeSH-term “Primary health care”.

Dit leverde volgende zoekopdracht op in Pubmed:
(“Communication”[Mesh] AND “Primary Health Care”[Mesh]) AND “Telemedicine”[Mesh].
Dit levert ons 125 resultaten (zoekdatum 16/12/17). Volgende filters werden toegepast:

- Artikels met als onderwerp interprofessionele communicatie werden uitgefilterd uit de resultaten, aangezien het hier specifiek om de communicatie tussen patiënt en zorgverlener draait.
- Artikels met als onderwerp geautomatiseerde communicatie werden eveneens geweerd, aangezien het hier gaat om de interactie tussen arts en patiënt.
- Artikels met als onderwerp telemonitoring werden ook geëxcludeerd, gezien de nadruk hier niet ligt op communicatie.
- Als laatste werden artikels met als onderwerp louter telefonie ook geëxcludeerd bij de initiële filtering. Hoewel telefonie ook als medium van communicatie kan gezien worden, en tevens via internet ook mogelijk is, is er op inhoudelijk vlak geen aannemelijk verschil tussen beide. Telefonie behoort niet tot het gemeenschappelijk deel van beide literatuurstudies en werd daarom in eerste instantie uitgefilterd.

Na scannen van deze artikels op relevantie voor mijn literatuurstudie werden nog 13 referenties weerhouden. Bij elk van deze referenties werd naar ‘similar articles’ gezocht (sneeuwbalmethode), waarna nog 19 relevante titels werden weerhouden. Deze werden verder gereduceerd tot 8 artikels die gepubliceerd zijn na 2007, waarvan 1 artikel niet beschikte over een vrij te verkrijgen uitgave.

Verder werden ook naar enkele artikels rond informatiebrochures gezocht, aangezien informeren van de patiënt ook een vorm van communicatie is, en dit alle andere media voorafgaat. De overeenkomstige MeSH-term hiervoor was de overkoepelende term ‘Pamphlets’ of ‘Patient education handouts’, meer specifieke MeSH-termen werden niet gevonden. Volgende zoekopdrachten werden ingegeven:

- *(“Pamphlets”[Mesh]) AND “Primary Health Care”[Mesh])* met 174 resultaten (07/01/18);

- *("Primary Health Care"[Mesh] AND "Patient Education Handout"[Publication Type])* met 69 resultaten (07/01/18), waarvan het merendeel echter bestond uit echte infobrochures uit een medisch tijdschrift zonder vermelding van auteur(s), of artikels irrelevant aan de zoekvraag.

Het toevoegen van de MeSH-term 'Communication' bij beide zoekopdrachten reduceerde de resultaten respectievelijk naar 26 en 0 resultaten, waardoor deze term niet opgenomen werd. Bij het screenen van deze titels werden 5 referenties weerhouden, waarvan 2 gepubliceerd na 2007 en relevant bleken.

Op 15/01/2019, na het transcriberen van de interviews (zie verder 'Praktijkonderzoek') werd nogmaals gezocht naar recentere relevante artikels, dit door middel van de sneeuwbalmethode ('similar articles'), toegepast op de meest relevante artikels reeds gebruikt voor de literatuurstudie, en werden nog 11 titels weerhouden, waarvan 9 artikels na doornemen van de abstract relevant bleken.
Bij het schrijven van de literatuurstudie werden indien nodig nog enkele sites gebruikt als referentie voor extra randinformatie omtrent bepaalde zaken.

5.2 Praktijkonderzoek

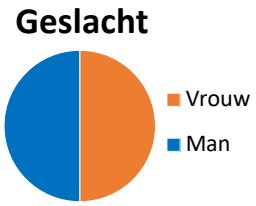
Voor het praktijkonderzoek werden tien huisartsen gezocht in en rond Gent. Hierbij werd gezocht naar 5 mannen en 5 vrouwen, gespreid in leeftijd van 27 – 65 jaar. Op deze manier verkrijgen we huisartsen van de jongste generatie, die net hun Haio-jaren (Huisart in opleiding) achter de rug hebben, en vol toekomstplannen zitten, tot en met de oudste generatie, 'de oude garde', die reeds meerdere decennia praktijkervaring bezitten met het al dan niet uitproberen van verschillende manieren van communicatie. Daarnaast werd ook een bepaalde diversiteit in praktijkvorm beoogd, met huisartsen uit zowel solo-praktijken, duo-praktijken, groepspraktijken en wijkgezondheidscentra (WGC). Er werden tien huisartspraktijken met verschillende karakteristieken gecontacteerd, waarvan zes praktijken bereid waren geïnterviewd te worden. Wanneer meerdere huisartsen uit eenzelfde praktijk bereid waren geïnterviewd te worden, werden deze geselecteerd op geslacht en leeftijd, en slechts geïncludeerd indien deze ver genoeg gespreid lagen. Hierdoor werd één persoon niet geïncludeerd. Op voorhand werd een topiclijst opgesteld als leidraad voor de interviews *(zie bijlage D)*, bestaande uit drie grote luiken; algemene gegevens over de huisarts en zijn praktijk, het huidig gebruik van media met ervaringen hiervan, en het al dan niet toekomstig gebruik ervan met pro/contra-argumenten. Elk interview werd voorafgegaan door het ondertekenen van een informed consent *(zie bijlage C)*. Er werden open vragen gesteld, en af en toe uitgeweid bij bepaalde onderdelen van de vragenlijst afhankelijk van de geïnterviewde en zijn interesses. De interviews duurden gemiddeld 30 – 45 minuten en werden uitgevoerd tussen 08/2018 en 12/2018.

Na het opnemen van alle interviews werden deze getranscribeerd. Vervolgens werden de verschillende demografische gegevens uiteengezet per huisarts, en de rest van de getranscribeerde interviews gecodeerd met een bijzondere aandacht voor attitudes, percepties en ervaringen. Dit werd gedaan door de getranscribeerde interviews te screenen, en telkens een nieuwe code toe te wijzen aan nog niet eerder vermelde attitudes, ervaringen en percepties van de huisartsen. Het 'turven' voor de verschillende codes werd per huisarts afzonderlijk gedaan in een Excell-tabel, om achteraf eventuele leeftijds-, geslachts- of praktijkgebonden verschillen beter te visualiseren.

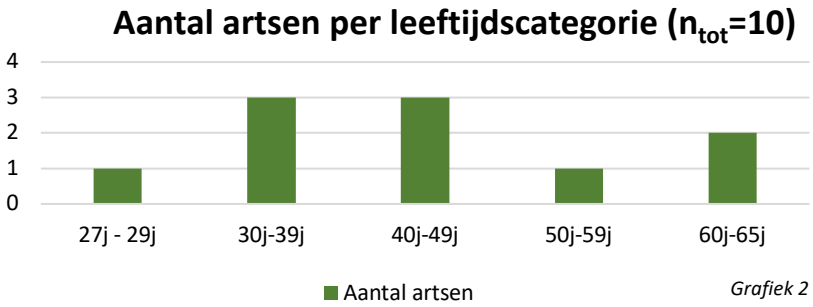
6. Resultaten

6.1 Demografisch

Er werden in totaal 10 huisartsen geïnterviewd, waarvan 5 mannen en 5 vrouwen, allemaal in of rond Gent. De leeftijd van de artsen varieerde tussen 28 – 65 jaar *(zie gafriek 1 en 2)*.



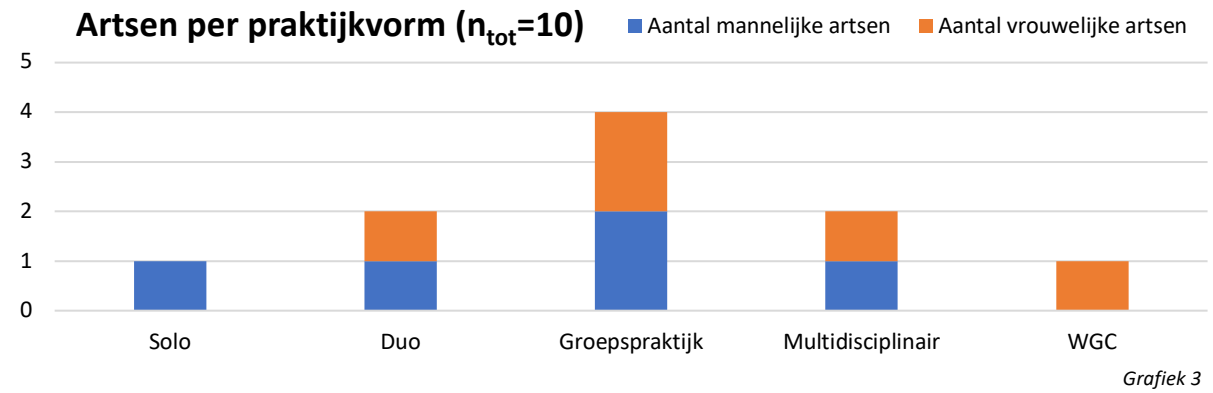
Grafiek 1



Grafiek 2

De meeste huisartsen in deze studie werken in een groepspraktijk (6/10), waarvan vier in een unidisciplinaire groepspraktijk, en twee in een multidisciplinaire. Eén van deze artsen heeft meer dan de helft van haar carrière (33 jaar) solo gewerkt en daarna zowel in een duo- als groepspraktijk gewerkt, met dus ervaring in twee praktijkvormen. Verder werken 2 huisartsen in een duopraktijk, waarvan 1 na 30 jaar solo-arts te zijn nu sinds 1,5 jaar in deze duopraktijk gevestigd is; 1 huisarts in een WGC; en 1 huisarts in een solo-praktijk *(zie grafiek 3)*.

De solo- en duopraktijken hebben allemaal rond de 1000 patiënten, de groepspraktijken en het WGC tussen 2000 en 3500 patiënten, en de multidisciplinaire praktijk meer dan 7500 patiënten.



Grafiek 3

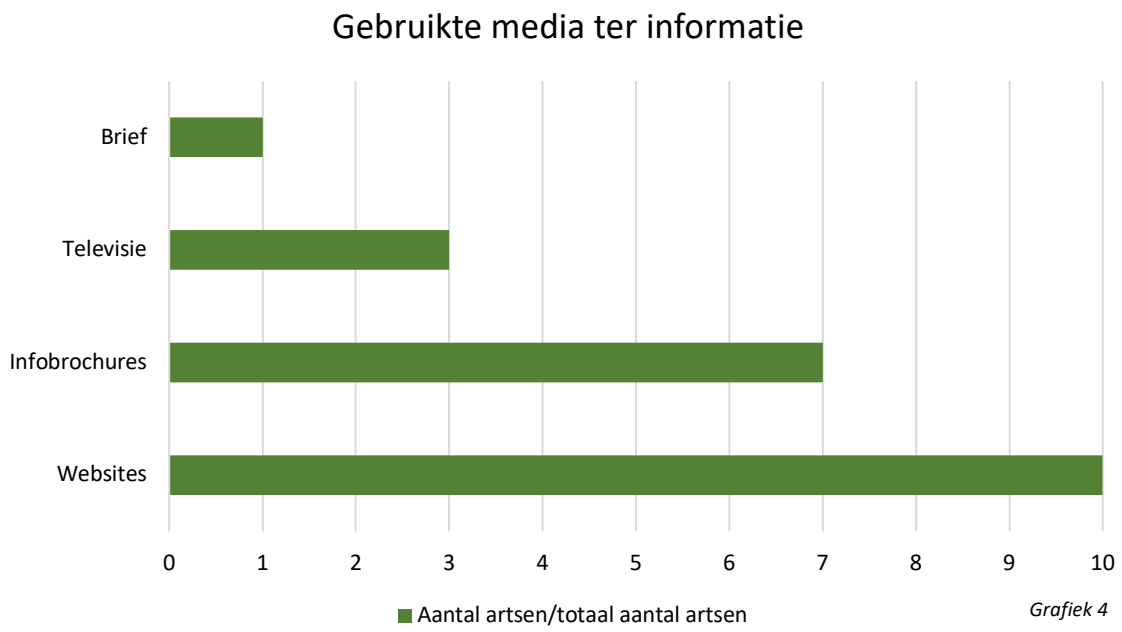
6.2 Huidig gebruik van media

Wanneer we het huidig gebruik van de verschillende bestaande media bij de artsen navragen dienen we een onderscheid te maken tussen de media gebruikt om te informeren en deze om te communiceren. Bij deze masterproef werd oorspronkelijk gevraagd naar alle vormen van communicatie met de patiënt, zowel informeren van arts naar patiënt toe, als communiceren in beide richtingen. Naarmate de interviews vorderden bleek telkenmale de grootste focus toch uit te gaan naar communicatie in beide richtingen. Om het bestek van deze scriptie te begrenzen werd deze focus op de communicatie in beide richtingen behouden, maar aangezien informeren ook een vorm van communicatie is, wordt deze ook kort toegelicht. We zien echter zowel in de verschillende media gebruikt om te informeren, dan wel te communiceren, verschillen tussen praktijken onderling, maar ook tussen artsen uit eenzelfde praktijk.

6.2.1 Informeren

Wanneer de verschillende media gebruikt om te informeren bevraagd worden, zien we dat er gebruik gemaakt wordt van informatiebrochures, websites, televisie en brieven *(zie grafiek 4)*. Als we kijken naar het gebruik van websites voor meer info omtrent een onderwerp, zien we dat alle artsen dit gebruiken, zowel voor het tonen van foto's of filmpjes, als het meegeven van bepaalde sites voor extra informatie. Vier van de tien artsen gebruiken websites maandelijks, de andere zes gebruiken dit medium wekelijks tot dagelijks. Het meegeven van informatiebrochures wordt ook nog door de meeste huisartsen gedaan (7/10), echter meer als de helft hiervan doet dit maandelijks of minder (4/10). Er is echter geen trend te vinden in het al dan niet gebruiken van infobrochures of websites met betrekking tot leeftijd, geslacht of praktijkvorm. Verder heeft elke huisarts zijn eigen website met wat informatie omtrent de praktijk,

alhoewel slechts de helft dit vermeld tijdens het interview. Het gebruik van een televisie in de wachtruimte wordt vermeld door drie artsen, voor extra informatie over de praktijk en eventuele preventieve of seizoensgebonden informatie voor de patiënt. Eén arts vermeldt het gebruik van brieven, maar enkel om de patiënt te informeren over de start van de griepvaccinatieperiode. Door drie artsen wordt de mogelijkheid tot een herinneringsmail of -bericht voor een geboekte afspraak vermeld. Dit is echter een vorm van geautomatiseerde informatie/communicatie van het medisch programma naar de patiënt toe, die de patiënt zelf moet selecteren bij boeking. Dit is geen informatie geïnitieerd vanuit de arts zelf, en wordt dus niet als dusdanig opgenomen.



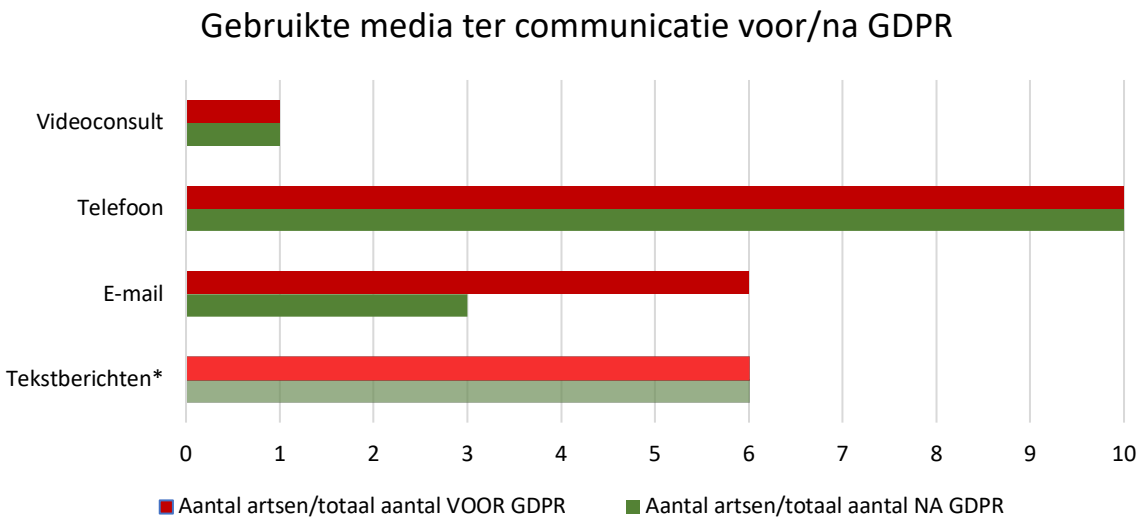
Grafiek 4

6.2.2. Communiceren

Wanneer de verschillende gebruikte media om te communiceren met patiënten bevraagd worden, zien we dat er vooral gebruik gemaakt wordt van telefoon, e-mail en tekstberichten *(zie grafiek 5)*. De telefoon is reeds jaren geïntegreerd in de huisartsgeneeskunde, en alle artsen in deze studie maken hier zonder uitzondering dagelijks gebruik van. Alle artsen geven ook aan dit supplementair aan een consultatie te gebruiken, voor een bijvraag of een kleine inschatting of de patiënt al dan niet op consult dient te komen, maar af en toe gebeurt het dat een telefoongesprek uitloopt tot een vervanging van een consult. Als we kijken naar het e-mailgebruik van de geïnterviewde artsen, geven zes artsen aan hiervan gebruik gemaakt te hebben, maar sinds de invoering van de GDPR-wetgeving nog slechts drie huisartsen. Het gebruik is dagelijks tot wekelijks, maar ook hier enkel supplementair aan consultaties, nooit als vervanging hiervan.

Eén arts vermeldt het gebruik van 'WeTransferPro' sinds de invoering van de GDPR-wetgeving, een veilig alternatief voor e-mails. Tekstberichten worden initieel door geen enkele arts vernoemd als medium ter communicatie, maar na expliciet navragen blijken toch zes van de tien artsen tekstberichten te gebruiken, echter enkel bij dichte vrienden of familie met medische vragen. Ook hier gaat het vooral om inschattingen naar de noodzaak tot een consult of een kort medisch advies; vervanging van consultaties wordt ook hier vermeden. Eén huisarts geeft aan sporadisch – enkel bij patiënten die in het buitenland verblijven én met een dringende nood aan medisch advies – een videoconsult te voeren. Eén andere arts maakt af en toe gebruik van webcamtolken bij anderstalige patiënten, wat aanleunt bij videoconsulten, maar aangezien de patiënt zich tijdens zo'n consult in dezelfde ruimte bevindt als de arts, werd dit niet als volwaardig videoconsult opgenomen.

Het valt op dat de oudste artsen (>60 jaar), beide mannen, aangaven nooit gebruik te maken van e-mails of tekstberichten, echter zijn er ook jongere artsen (<60 jaar) die één van beide media nooit gebruiken. Daarnaast is de enigste huisarts die in de deze studie gebruik maakt van videoconsulten, vrouwelijk en 58 jaar, waardoor ze relatief gezien eerder bij de oudere generatie behoort.



** Tekstberichten worden enkel met familie/dichte vrienden gebruikt*

Grafiek 5

6.3 Ervaringen met gebruikte media

6.3.1 Informeren

Vervolgens werden de ervaringen van de huisartsen bevraagd omtrent de door hen gebruikte media. Over het gebruik van media voor het informeren van de patiënt gaf elke arts die hiervan gebruikt maakte aan (zowel voor websites, papieren brochures als televisie), dat het verschaffen van zo veel mogelijk informatie

voordelig was voor de patiënt, en dat je als arts dan ook weet dat het correcte informatie is. Wel werd er vaak bij vermeld dat de effectiviteit van deze media moeilijk te objectiveren is in de praktijk, men weet niet of de patiënt het effectief leest wanneer het niet actief nagevraagd wordt. Andere aangehaalde nadelen waren: dat infobrochures vaak verouderd zijn; ze dikwijls vergeten worden mee te geven; en dat het toch allemaal papierverbruik blijft, wat tevens ook geldt voor het afdrukken van websites.

"Maar het nadeel is, als je het niet uitprint (websites), of zelfs als je het wel uitprint, je weet niet hoeveel patiënten het effectief lezen, of het achteraf gewoon in de vuilbak smijten."

6.3.2 Communiceren

Zowel bij telefoon, e-mail als tekstberichten dient vermeld te worden dat geen enkele huisarts aangaf dit als vervanging voor een face-to-face consult te gebruiken, waarbij dikwijls het argument terugkwam dat er geen klinisch onderzoek mogelijk is via deze media; via de telefoon kan een arts enkel gerichte vragen stellen en zich baseren op de antwoorden van de patiënt; bij e-mailverkeer kan er hoogstens beeld- of geluidsmateriaal aan een beschrijving toegevoegd worden; wat ook geldt voor tekstberichten. Bij videoconsultaties is er wel de mogelijkheid om vragen te stellen in combinatie met aanvullend beeldmateriaal, maar fysiek contact is nog steeds niet mogelijk. Daarnaast gaven acht van de tien artsen aan omwille van deontologische redenen tegen een vervanging van het klassieke face-to-face consult door alternatieve media te zijn.

"Ook als vrienden sturen, kan je wel wat raad geven of ze een foto laten sturen, maar dit vervangt geen klinisch onderzoek."

"En ik denk ook ja, je hebt zo iets minder het klinisch beeld; hoe komt er iemand binnen, hoe zit die hier… En via telefoon heb je al zeker helemaal geen zicht op de patiënt."

"Ik voel mij daar niet gemakkelijk bij. Een echte consultatie blijft de beste manier om te communiceren, er is rust, er zijn veel mogelijkheden om de impact van uw woorden en daden te kaderen. Dit is zeer belangrijk bij patiëntencontact. Dit mankeer je toch bij alternatieve vormen van communicatie. Het non-verbale blijft essentieel om te observeren."

6.3.2.1 Telefoon

Wanneer ervaringen, voor- en nadelen van het telefoongebruik nagevraagd werden, is het een algemene consensus dat de telefoon als storend en werkdrukverhogend ervaren wordt. Dit weegt echter niet op tegen de voordelen ervan, en de telefoon is dan ook niet weg te denken uit de huisartsgeneeskunde. Aangegeven voordelen van de telefoon zijn de laagdrempeligheid, duidelijkheid in communicatie, snelheid

en geen nood tot verplaatsing. Vele huisartsen ondernemen pogingen om het gebruik in te perken rond bepaalde uren of te filteren via een secretariaat, om op die manier tijdens hun consultaties zo weinig mogelijk gestoord te worden.

"Bij telefoon is voor- en nadeel hetzelfde zeker; bereikbaar. Mensen zijn makkelijk bereikbaar, maar kunnen u ook snel bereiken, dus je wordt zeer vaak gestoord. Telefoon is het meest belastend, en ook het meest gebruikte. Ze bellen snel voor kleine zaken, veel te kleine dingen."

6.3.2.2 E-mail

Zoals in paragraaf 6.2.2 vermeld, gebruikten zes van de tien artsen vòòr de invoering van de GDPR-wetgeving e-mail ter communicatie met de patiënt, en op heden nog slechts drie van de tien. Wanneer we hun ervaringen hieromtrent navragen blijkt echter dat het merendeel e-mails duidelijk als werkdrukverhogend ervaart, en de anderen, die dit relatief minder gebruiken, uiten een 'angst' voor een stijging in werkdruk. Ook speelt medicolegaliteit duidelijk een rol bij het al dan niet gebruiken van e-mails, wat sommigen afschrikt om het (nog langer) te gebruiken, zeker nu het belang van privacy extra benadrukt werd door de GDPR-wetgeving. Het enige voordeel dat verschillende malen terugkwam uit de interviews, was de mogelijkheid dit te doen na de consultaties, op een zelfgekozen tijdstip.

"*Voordelen; snel, je kan antwoorden wanneer je zelf wil, tijdstip. Nadelen; de vraag van de patiënt overstijgt mijn aanbod. Dat is vooral voor mails dan he."*

6.3.2.3 Tekstberichten

Wanneer we het gebruik van tekstberichten (sms, WhatsApp, Messenger, …) navragen, merken we een initiële unanieme weigering en negatieve attitude jegens dit medium van communicatie. Echter bij doorvragen merken we dat, zoals reeds vermeld, toch zes van de tien artsen dit gebruiken wanneer dichte vrienden of familie hen met medische vragen contacteren, maar zelf zullen artsen weinig tot nooit tekstberichten met een medische context initiëren. Tekstberichten worden als storend en werkdrukverhogend ervaren, en door de helft van de artsen wordt ook het medicolegale aspect aangehaald tegen het gebruik ervan. Tekstberichten blijken enkel gebruikt te worden in het kader van automatische herinneringen voor een afspraak *(cfr. paragraaf 6.2.1)*, waar geen negatieve ervaringen naar voor kwamen.

"Oefff, liefst niet, neen. Mijn nummer is meestal anoniem maar af en toe lukt dit toch niet, en als ze u nummer hebben… Nee dat vind ik verschrikkelijk. Je hebt dat sowieso, mensen uit een kennissenkring die whatsappen/messenger."

"Ik whatsapp echt nooit met patiënten, ik vraag mij af wie dat doet?!" ~ Ook niet met familie/dichtere vrienden die patiënten zijn? ~ ***"****Ahja dat wel ja, dat wel, maar vind ik super hatelijk."*

6.3.2.4 Videoconsulten

Zoals reeds vermeld gebruikt slechts één huisarts sporadisch videoconsulten, maar dit enkel om de afstand te overbruggen met patiënten verblijvend in het buitenland, en op deze manier duidelijke en directe interactie behouden blijft (synchrone communicatie). Buiten deze indicatie gebruikt deze arts dit nooit, en gelooft hier ook niet in als alternatief voor een klassieke consultatie, vanwege het gebrek aan de mogelijkheid tot een klinisch onderzoek.

"Goh, ik geloof niet in videoconsulten. Met wie doen wij soms videoconsultaties, dat is bij mensen in het buitenland. Maar eigenlijk zijn dat de enigen, omdat je daar effectief met die barrière zit van afstand, en dan kan je wel een consult doen hé, in de mate dat je ze nooit kan onderzoeken, maar het is beter dan niets natuurlijk."

6.4 Houding ten opzichte van GDPR-wetgeving

Aangezien de nieuwe GDPR-wetgeving nog maar recent geïmplementeerd is (<6 maand), en zeker ten tijde van de interviews, werd ook gepeild naar de ervaringen van de huisartsen, hoe zij hier mee omgaan, en wat er veranderd is voor hen. Er kan geconcludeerd worden dat er niemand radicaal tegen de invoering van de GDPR-wet is. Twee van de tien artsen geven aan dat ze het enerzijds positief vinden dat er een betere focus komt op de beveiliging van patiëntengegevens, maar vinden het anderzijds iets te rigide. Ze vinden dat er een mogelijkheid tot aanpassing zou moeten zijn, indien er een expliciete vraag en goedkeuring is van de patiënt. Nu dient alles opnieuw afgedrukt te worden en opgestuurd of doorgefaxt, wat ten eerste ook geen honderd procent garantie op veilige overdracht is, en ten tweede meer papierverbruik. De meesten (8/10) zijn echter neutraal tot positief, promoten het gebruik van CoZo voor het raadplegen van resultaten, laten het naast zich liggen en doen gewoon verder, of verschuilen zich hierachter als 'excuus' om niet (langer) te communiceren via e-mail of andere media.

"Nee ik ben niet contra, neen. Ik vind dat er uitzonderingen moeten toegelaten worden, mits goede informatie van de patiënt."

"In principe eerder positief, privacy dient beschermd te worden. Ook een soort van klein alibi tegenover patiënten om mij hier wat achter weg te steken gezien ik hier zelf ook niet zo voor open sta."

"Eerder blij mee, ik blijf het een heel belangrijk iets vinden dat er heel voorzichtig omgegaan wordt met privacy. Het geeft ook nog eens het belang weer van verschillende zaken, dat dat niet zomaar kan. Het is

toch niet altijd efficiënt wanneer zaken tussendoor geregeld worden, dan gaan er dingen verloren of niet nauwkeurig afgehandeld."

6.5 Toekomstvisies

Elk van de huisartsen werd bevraagd hoe zij stonden tegenover implementering van nieuwe media ter communicatie in de toekomst. Hierbij waren er onderlinge verschillen in initieel antwoord, waarbij twee artsen duidelijk aangaven hier niet open voor te staan, drie artsen zeer sceptisch waren maar het niet als een afgesloten hoofdstuk zagen, en de vijf anderen eerder wel ontvankelijk waren, echter onder bepaalde voorwaarden. Hierbij is geen duidelijke trend merkbaar volgens geslacht of praktijkvorm. Wanneer we kijken naar leeftijd, zijn de twee artsen die hier niet voor open staan beide >50 jaar, de sceptische groep artsen verspreid zich gelijkmatig over de leeftijdsgroepen (jongste – middelste – oudste), en de leeftijd van de eerder ontvankelijke groep artsen ligt tussen 30 en 50 jaar.

Wanneer nagegaan wordt voor welk soort medium de artsen eventuele voorstanders zouden zijn, kunnen de meeste artsen (6/10) echter niets uit zichzelf naar voor brengen, en vragen mogelijke voorbeelden aan te reiken. Veelal werden videoconsultaties besproken, maar echter nooit warm onthaald. Ook wanneer een online platform zoals 'eConsult' *(cfr. paragraaf 2.3.2)* besproken wordt, met het triagesysteem en mogelijkheid tot communicatie binnen dit platform, is weinig tot geen enthousiasme terug te vinden bij de huisartsen. Enkele artsen zien voordelen in het doorsturen van laboresultaten, voorzien van korte klinische inlichtingen, alsook monitoring en doorsturen van parameters via gezondheidsapplicaties. Aangehaalde voordelen waren een potentiële daling van telefoongesprekken met tijdswinst tot gevolg, en een efficiëntere gezondheidszorg door nauwkeurigere opvolging van parameters. Anderen vinden het doorsturen van laboresultaten dan weer risicovol voor misinterpretatie, of gewoonweg te onpersoonlijk, en zien gezondheidsapplicaties als een nieuwe bron voor paniek, stress en vragen. Deze laatste twee vormen van communicatie behoren eerder tot het informeren; van de patiënt in het geval van laboresultaten; dan wel van de huisarts in het geval van (afwijkende) parameters, waarbij geen tweerichtingscommunicatie plaatsvindt.

Alles samen merken we een eerder terughoudend karakter van de huisartsen omtrent het gebruik van nieuwe media ter communicatie, zelfs bij artsen die initieel aangaven open te staan voor nieuwe manieren van communicatie. Zoals reeds eerder vermeld *(cfr. paragraaf 6.3.2)*, geldt ook hier dat de meeste artsen aangeven het moeilijk te hebben bij een verandering van het klassieke face-to-face consult, enerzijds deontologisch (8/10), en anderzijds door het gebrek aan de mogelijkheid tot een klinisch onderzoek bij e-consultaties (7/10). Andere vaak terugkerende argumenten zijn: een angst voor een stijging in werkdruk

(8/10), een gebrek aan goede omkadering (7/10), medicolegale gevaren rond patiëntengegevens bij gebruik van nieuwe zaken (6/10), afwezigheid van een vergoeding voor de tijd en energie die men hierin zou steken (7/10), en de nood aan ICT-training voor zowel de arts als de patiënt (7/10) *(zie grafiek 6)*.

"Ik vraag mij dan ook af, je gaat daar ook weer veel tijd insteken, hoe moet je dat dan aanrekenen? Is dat een consult, is er dan geen probleem als er een klinisch onderzoek nodig is, dit gaat ook niet bij videoconsultaties. Dus neen, dat lijkt mij een gegeven dat nog niet lukt, ik zeg niet dat het klinisch onderzoek alles doet, veel informatie haal je ook uit je anamnese, maar ik vind toch dat je nog altijd eens de patiënt moet gezien en gehoord hebben, maar dan echt gezien hebben."

"*Medicolegaliteit, absoluut. En werkdruk, ja dat is iets waar je mee moet opletten. Ik vind als er iets extra bestaat, MOET het uw werkdruk afnemen, en moet het u ook iets kunnen opbrengen. En niet naar vergoeding toe bedoel ik, maar naar een betere opvolging van uw patiënt. Maar dat mag niet in extra werkdruk resulteren, het moet juist afnemen."*

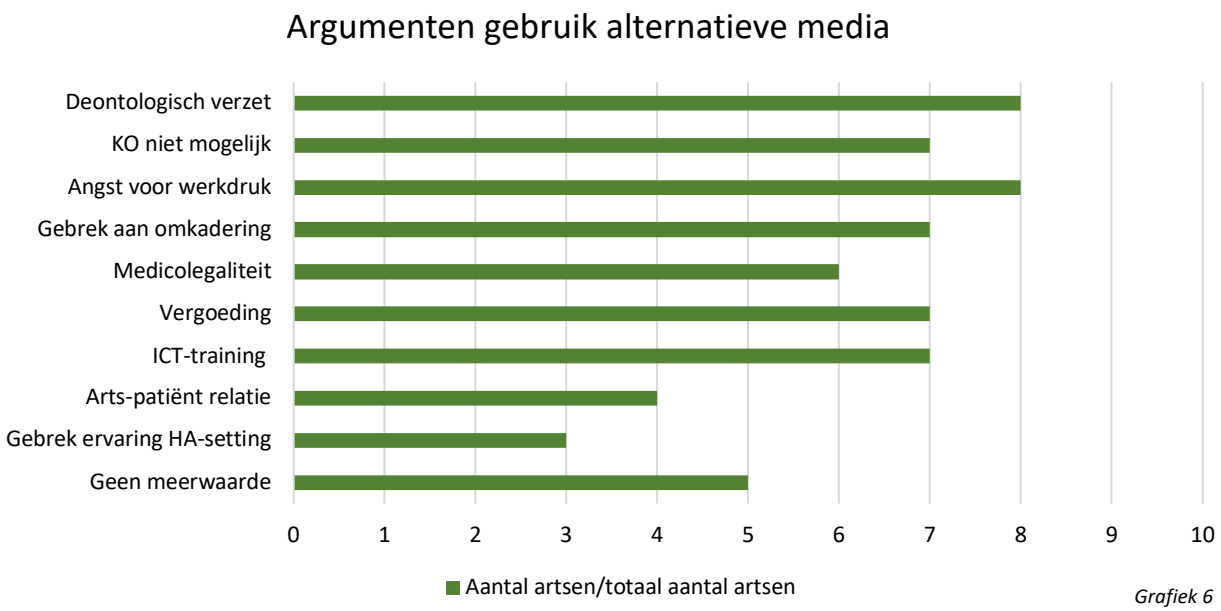
"Het moet heel gebruiksvriendelijk zijn en zowel voor arts als patiënt haalbaar zijn; het moet iemand zijn met toegang tot en ervaring met computer, internet… Dat moet goed ingeschat worden."

Een minderheid van de artsen meldde tevens een angst voor een verwatering van de arts-patiënt relatie bij deze digitalisering (4/10), een gebrek aan ervaring met nieuwe digitale media in de huisartsgeneeskunde (3/10), of ziet gewoonweg op dit moment geen meerwaarde in het implementeren van nieuwe media (5/10) *(zie grafiek 6)*.

"Omdat (door het implementeren van nieuwe communicatiemedia) op termijn een vervreemding ontstaat tussen u en de patiënt, en omdat het persoonlijk contact zoveel mogelijk moet blijven. Tenslotte is de hele HA-geneeskunde gebaseerd op een eeuwigdurende vertrouwensrelatie, wanneer dit te onpersoonlijk wordt brengt men deze relatie aan het wankelen."

"Niets (moet er veranderen), het is zeer goed zoals het nu is toch?"

"Ja, uitgebreid getest, en in een huisartsensetting. Want die videoconsultaties komen uit de bedrijfswereld, met videoconferences. Dat is allemaal goed en wel, maar voor een huisarts gaat het maar om specifieke consulten dat dit mogelijk is. Het is niet allemaal omdat hip, gedigitaliseerd en modern dat het daarom beter is. Het heeft allemaal zijn tijd nodig in HA-setting om fouten eruit te halen, dit duurt enkele jaren."



Grafiek 6

Ondanks de weigerachtige stand van zaken op heden, merken we toch dat acht huisartsen de perceptie hebben dat er een plaats is voor deze gedigitaliseerde media in de toekomst van de huisartsgeneeskunde, en dat deze kunnen bijdragen tot een potentiële tijdswinst, werkdrukdaling, of betere gezondheidszorg. Dit zal echter nog even op zich moeten laten wachten. Hierbij zien we dat sommige artsen die in eerste instantie aangaven weinig tot niet open te staan voor nieuwe media, toch een plaats zien voor deze zaken in de toekomst. Echter merken we ook het omgekeerde, namelijk één huisarts die aangaf 'open te staan voor alles', maar later zei 'geen meerwaarde te zien in extra zaken'. Ook hier is geen duidelijke trend terug te vinden volgens geslacht, leeftijd of praktijkvorm, enkel dat de oudste, en enige solo-arts niet open stond voor nieuwe media, noch hierin een toekomst zag.

"Ja, ik denk dat er in de toekomst sowieso wel een plaats heeft, maar moeilijk goed in te schatten voor welke problemen wel en welke niet, soms draait een consultatie anders uit dan je aanvankelijk dacht."

"Moest dit echt duidelijk… Dan zou ik er wel voor open willen staan, maar nu sta ik hier nog wat argwanend tegenover. Maar op zich denk ik dat dit wel kan in de toekomst, maar dan wel zeer duidelijk afgelijnd."

7. Discussie

7.1 Reflectie met huidige literatuur

Als we vergelijken met de bestaande literatuur stellen we in deze studie gelijkaardige resultaten vast, namelijk dat huisartsen over het algemeen eerder voorzichtig zijn in het gebruik of opname van nieuwere,

digitale media voor non-face-to-face communicatie. Tevens geldt voor alle gebruikte media in deze studie dat huisartsen dit gebruiken als supplement op de gewone face-to-face consultatie, nooit als vervanging. En dit wensen huisartsen ook te behouden, de klassieke manier van consultatievoering blijft de beste. Enkele huisartsen gebruiken e-mails, maar niet met alle patiënten, en sinds de GDPR-wetgeving is dit gebruik gehalveerd. Het gebruik van tekstberichten zien we uitsluitend bij vrienden of familie – en dit vaak alsnog met tegenzin – of als automatische herinnering voor een consultatie en videoconsultaties zien we zo goed als nooit. Wel zien we dat de invoering van de GDPR-wetgeving enkel invloed heeft gehad op het e-mailverkeer bij deze huisartsen, niet op andere media. Een deel hiervan geeft aan er effectief uit veiligheidsoverwegingen – of eerder uit angst voor strafrechtelijke consequenties? – met gestopt te zijn, terwijl anderen toegeven dit nu als excuus te gebruiken. Hieruit blijkt nogmaals een eerder negatieve houding jegens het e-mailgebruik. Dat de GDPR-wetgeving geen invloed heeft gehad op het gebruik van tekstberichten allerhande, is hoogstwaarschijnlijk te verklaren doordat dit: 1) uitsluitend met vrienden/familie gebruikt wordt, waar ook communicatie zonder geneeskundige context plaatsvindt; 2) de medische vraag bijna altijd door de 'patiënt' geïnitieerd wordt en; 3) de arts er misschien van uitgaat dat een familielid/vriend niet zomaar klacht indient, in het geval er al een medicolegale overtreding plaatsvindt.

Het vervangen van de klassieke face-to-face consultaties door gelijk welk medium, van telefoon tot een soort van 'eConsult'-platform, kent op heden weinig aanhangers, en ook in de nabije toekomst is hier niet direct een verandering in zicht. De huisartsen in deze studie blijven ook trouw aan de 'klassieke' manier van consultvoering, met gelijkaardige bezorgdheden als die uit de literatuur. De belangrijkste bezorgheden zijn: geen mogelijkheid tot klinisch onderzoek, werkdrukstijging, medicolegale gevolgen, en een gebrek aan duidelijke omkadering *(cfr. paragraaf 6.5)*.

Verder zien we dat papieren infobrochures langzaam in verval geraken, waarbij de artsen die dit nog gebruiken moeten toegeven dat het slechts maandelijks of minder voorvalt. Zij maken namelijk plaats voor websites als extra informatiebron voor de patiënt, die zoals reeds vermeld, door alle artsen gebruikt worden, en dit bij meer dan de helft maandelijks tot dagelijks *(cfr. paragraaf 6.2.1)*. Dit kan vermoedelijk verklaard worden doordat het internet ondertussen zo ingeburgerd is in het dagelijkse leven, dat we sowieso sneller iets opzoeken op internet dan in een boek; de huisarts niet moet zoeken maar direct op de computer voor hem deze informatie kan raadplegen en tonen; en dit alsnog kan afprinten indien nodig. Daarnaast is het internet ook uitgebreider en blijft up-to-date.

Het medium bij uitstek voor non-face-to-face communicatie met de patiënt blijft de telefoon; het is snel, veilig en geeft duidelijke communicatie. Toch ervaart de huisarts dit als storend en wil dit tot een minimum

beperken. Vermoedelijk is dit omdat het dikwijls een andere consultatie onderbreekt en het niet altijd bij snelle en korte gesprekken blijft, zeker als de patiënt dit gebruikt om een consultatie te vervangen. Maar toch blijft het gebruik ervan duidelijk veel hoger dan andere middelen zoals e-mails of tekstberichten. Zijn deze andere vormen dan nog storender of tijdsintensiever voor de huisarts? Een mogelijke verklaring is dat de telefoon reeds als vast onderdeel bij de huisartsgeneeskunde aanzien wordt, en huisartsen niet het gevoel hebben dat het gebruik van andere media het aantal telefonische gesprekken vermindert, maar er eerder bovenop komt als 'extra last'.

Toch zien we dat acht van de tien huisartsen een plek voor digitale media zien in de toekomst, ook al zijn ze hier zelf niet allemaal voorstander van. Misschien ervaren zij een langzaam stijgende druk van buitenaf voor het gebruik van deze media, zowel van patiënten die ernaar vragen als van de overheid die nieuwe mogelijkheden aanreikt, wat hen op een bepaald punt praktisch zal verplichten nieuwe media te gebruiken. Deze huisartsen zien het klassieke face-to-face consult echter niet verdwijnen, maar zien eerder een plaats voor deze media bij bepaalde onderdelen van de huisartsgeneeskunde om deze te faciliteren op gebied van tijd, afstand of efficiëntie.

7.2 Trends

Wat opvalt is dat er in deze studiepopulatie weinig tot geen opvallende trends te zien zijn tussen verschillende leeftijden, geslachten of praktijkvormen, zowel in het gebruik als de houding tegenover alle vernoemde soorten media. Dit komt vermoedelijk deels door het relatief kleine aantal deelnemers *(zie verder paragraaf 7.3)*.

Aan het al dan niet gebruiken van informatiebrochures kan geen duidelijke leeftijd, geslacht of soort praktijk gekoppeld worden. Websites worden in deze studie gebruikt door alle artsen, ongeacht leeftijd, geslacht of praktijkvorm, maar ook de frequentie van het gebruik kent geen duidelijke trend.

Bij het gebruik van digitale communicatiemiddelen *(cfr. paragraaf 6.2.2)*, zoals e-mails, tekstberichten of videoconsulten zien we dat de twee oudste artsen (>60 jaar), beiden mannen, van niets gebruik maken. Op één vrouwelijke huisarts van 58 jaar na, doet geen enkele huisarts videoconsulten met zijn patiënten, en zijn er ook huisartsen <60 jaar die geen gebruik maken van e-mails of tekstberichten. De vrouwelijke huisarts die videoconsultaties gebruikt stuurt ook dagelijks e-mails, ongeacht de GDPR-wetgeving. Kan hieruit geconcludeerd worden dat vrouwelijke, en meer specifiek oudere vrouwelijke artsen, meer vertrouwd zijn met het gebruik van digitale media ter communicatie, en dat oudere mannelijke artsen dit niet zijn, of berust dit op toeval? In de andere leeftijdscategorieën is er geen duidelijk overgewicht naar

het mannelijk of vrouwelijk geslacht. Daarnaast geeft deze vrouwelijke huisarts zelf aan 'informatica-minded' te zijn, waardoor deze bevinding eerder arts-gebonden lijkt.

Ook bij het bevragen naar eventuele plannen voor de toekomst, is geen duidelijke trend merkbaar *(cfr. paragraaf 6.5).* De twee huisartsen die hier niet voor open staan, behoren tot de twee oudste leeftijdscategorieën, en zijn van tegengesteld geslacht, en de 'sceptische' en 'ontvankelijke' groep huisartsen behoren respectievelijk tot alle en de drie jongste leeftijdscategorieën. Kan in deze studie een meer open houding aan jongere huisartsen toegeschreven worden en conservatievere houding aan de oudere leeftijdscategorieën? Niet met overtuiging, aangezien de drie 'sceptische artsen' behoren tot de jongste, middelste en oudste leeftijdscategorieën. Zoals aangegeven in paragraaf 6.5, is het ook enkel de solo-arts, die tevens de oudste arts in de studiepopulatie is, die niet open staat en geen toekomst ziet in nieuwere media. Dit valt mogelijks te verklaren omdat hij reeds zijn gehele carrière zonder deze media werkt zonder problemen te ervaren en geen invloeden kent van jongere of gewoonweg andere collega's. Er is echter geen jongere solo-arts in deze studiepopulatie gevonden ter vergelijking, wel een andere arts van dezelfde leeftijdscategorie die lang solo gewerkt heeft en nu in een duopraktijk werkt, die wel een potentieel voordeel ziet in nieuwe media. Is dit dan uitsluitend door invloed van een jongere collega te verklaren? Vermoedelijk een combinatie hiervan met arts-gebonden karaktereigenschappen.

7.3 Sterktes en zwaktes

Tot op heden is dit de eerste studie in België, in samenwerking met de studie van collega Chris Van Baeten, omtrent het gebruik van verschillende communicatiemedia en de houding tegenover e-consultaties bij huisartsen. De resultaten van deze studie dienen echter met enige graad van voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, aangezien de studiepopulatie eerder klein is (n_{tot}=10) en slechts het gebied groot-Gent beslaat, waardoor extrapolatie naar de gehele huisartsgemeenschap een vertekend beeld kan geven. Voor significante trends is dan ook een grotere studiepopulatie en studiegebied vereist. In de studiepopulatie zelf is er echter wel verscheidenheid in zowel geslacht, leeftijd als praktijkvorm *(cfr. paragraaf 6.1).* Aangezien dit een kwalitatieve studie op basis van interviews is, dient vermeld te worden dat alle resultaten onderhevig zijn aan de antwoorden van de huisartsen, waardoor bepaalde resultaten onvolledig of zelfs incorrect kunnen zijn (bijvoorbeeld slechts 5/10 artsen vermelden eigen website, na controle hebben alle artsen een eigen website). Daarnaast kunnen bepaalde vragen als suggestief aanzien worden (wanneer artsen bijvoorbeeld naar voorbeelden vragen). De belangrijkste bevindingen lopen echter wel in lijn met deze uit voorgaande studies.

7.4 Conclusie

Huisartsen zoeken wel naar alternatieve manieren van communicatie om met de hoge werkdruk om te gaan, maar ervaren eerder een extra belasting in plaats van een ontlasting bij gebruik van nieuwe digitale media. Dit is een mogelijke verklaring voor de trage inburgering in de huisartsgeneeskunde. Zo worden digitale media ter communicatie, vooral e-mails en tekstberichten, door huisartsen wel gebruikt, maar zeker niet door iedereen en slechts voor bepaalde zaken of specifieke patiënten. Een volledige vervanging van het huidige consult door een nieuw medium kent dan ook weinig aanhangers en dit zal in de nabije toekomst allicht zo blijven. Er wordt echter wel een groter aandeel van digitale media in de toekomst van de huisartsgeneeskunde verwacht, die mogelijke onderdelen hiervan kunnen verbeteren of faciliteren.

In deze studiepopulatie zijn geen significante verschillen opgemerkt in gebruik of houding tegenover digitale media met betrekking tot geslacht, leeftijd of praktijkvorm. Het gebruik en de houding tegenover nieuwe media lijkt hier vooral arts-gebonden te zijn, en elke arts heeft dan ook een eigen manier van werken. Er zijn echter uitgebreidere studies noodzakelijk voor eventuele trends beter te visualiseren.

De gevonden resultaten uit deze studie blijken gelijkaardig met deze vastgesteld in eerdere studies. Er zijn echter meer, en vooral uitgebreidere studies nodig om deze resultaten te kunnen extrapoleren naar de gehele Vlaamse of Belgische huisartsengemeenschap.

8. Referenties

1. Banks J, Farr M, Salisbury C, Bernard E, Northstone K, Edwards H, e.a. Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. januari 2018;68(666):e1–8.

2. Lauwerier E, Van Pottelbergh G. Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: Aandachtspunten op weg naar meer patiëntgerichte zorg. Huisarts Nu. februari 2017;46(1):26–32.

3. Brant H, Atherton H, Ziebland S, McKinstry B, Campbell JL, Salisbury C. Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice. Br J Gen Pract. 1 juli 2016;66(648):e460–6.

4. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, e.a. Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with Gastroenteritis or Tonsillitis: A Cluster Randomized Trial in French Primary Care. J Gen Intern Med. januari 2013;28(1):25–31.

5. McClinchy J, Dickinson A, Barron D, Thomas H. Practitioner and lay perspectives of the service provision of nutrition information leaflets in primary care: Nutrition information leaflets in primary care. J Hum Nutr Diet. december 2011;24(6):552–9.

6. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, e.a. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. BMJ. 27 september 2017;j4197.

7. Hickson R, Talbert J, Thornbury WC, Perin NR, Goodin AJ. Online Medical Care: The Current State of "eVisits" in Acute Primary Care Delivery. Telemed E-Health. februari 2015;21(2):90–6.

8. Fortney JC, Burgess JF, Bosworth HB, Booth BM, Kaboli PJ. A Re-conceptualization of Access for 21st Century Healthcare. J Gen Intern Med. november 2011;26(S2):639–47.

9. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J. Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev. 14 november 2012;11(CD007978).

10. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, e.a. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. Br J Gen Pract. april 2018;68(669):e293–300.

11. GP Access Fund. NHS Engl [Internet]. [geciteerd 23 april 2019]; Beschikbaar op: https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/redesign/improving-access/gp-access-fund/

12. Atherton H, Pappas Y, Heneghan C, Murray E. Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 november 2013;63(616):760–7.

13. Huygens MWJ, Swinkels ICS, Verheij RA, Friele RD, van Schayck OCP, de Witte LP. Understanding the use of email consultation in primary care using a retrospective observational study with data of Dutch electronic health records. BMJ Open. januari 2018;8(1):e019233.

14. Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, Hanson P, e.a. Advantages and limitations of virtual online consultations in a NHS acute trust: the VOCAL mixed-methods study. Health Serv Deliv Res. juni 2018;6(21):1–136.

15. Krijgsman J, de Bie J, Burghouts A, de Jong J, Cath G, van Gennip L, e.a. eHealth verder dan je denkt. eHealth-monitor 2013. Den Haag: Nictiz en NIVEL; 2013 p. 128.

16. Jansen P. Implementatie van e-consult in de praktijk. Huisarts Wet 2006. 49(616):7.

17. Declaratiemogelijkheden e-consult. Nictiz - expertisecentrum eHealth [Internet]. 5 februari 2018; Beschikbaar op: https://www.nictiz.nl/nieuws/declaratiemogelijkheden-e-consult/

18. Bertelsen P, Petersen LS. Danish Citizens and General Practitioners' Use of ICT for their Mutual Communication. In: MedInfo. 2015. p. 376–379.

19. Leahy D, Lyons A, Dahm M, Quinlan D, Bradley C. Use of text messaging in general practice: a mixed methods investigation on GPs' and patients' views. Br J Gen Pract. november 2017;67(664):e744–50.

20. Madan A. webGP- the virtual general practice. Pilot report. London: Hurley Group; 2014.
21. Farr M, Banks J, Edwards HB, Northstone K, Bernard E, Salisbury C, e.a. Implementing online consultations in primary care: a mixed-method evaluation extending normalisation process theory through service co-production. BMJ Open. maart 2018;8(3):e019966.
22. Cowie J, Calveley E, Bowers G, Bowers J. Evaluation of a Digital Consultation and Self-Care Advice Tool in Primary Care: A Multi-Methods Study. Int J Environ Res Public Health. 2 mei 2018;15(5):896.
23. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, e.a. The potential of alternatives to face-to-face consultation in general practice, and the impact on different patient groups: a mixed-methods case study. Health Serv Deliv Res. juni 2018;6(20):1–200.
24. Hanna L, May C, Fairhurst K. The place of information and communication technology-mediated consultations in primary care: GPs' perspectives. Fam Pract. 1 juni 2012;29(3):361–6.
25. Schwamm LH. Telehealth: Seven Strategies To Successfully Implement Disruptive Technology And Transform Health Care. Health Aff (Millwood). 1 februari 2014;33(2):200–6.
26. Dixon RF. Enhancing Primary Care Through Online Communication. Health Aff (Millwood). 1 juli 2010;29(7):1364–9.
27. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. Prim Health Care Res Dev. 18 juni 2018;1–7.
28. Johansen MA, Berntsen G, Shrestha N, Bellika JG, Johnsen J-AK. An Exploratory Study of Patient Attitudes towards Symptom Reporting in a Primary Care Setting: Benefits for Medical Consultation and Syndromic Surveillance? Methods Inf Med. 7 september 2010;50(5):479–86.
29. Liu X, Sawada Y, Takizawa T, Sato H, Sato M, Sakamoto H, e.a. Doctor-Patient Communication: A Comparison betweenTelemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. Intern Med. 2007;46(5):227–232.
30. Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, Roter DL. Patient Satisfaction with Physician–Patient Communication During Telemedicine. Telemed E-Health. november 2009;15(9):830–9.
31. Whitten PS, Mair F. Telemedicine and patient satisfaction: current status and future directions. Telemed J E Health. 2000;6(4):417–423.
32. Wat is GDPR [Internet]. [geciteerd 26 februari 2019]. Beschikbaar op: https://gdpr-eu.be/wat-is-gdpr/
33. Artsen en digitale media: Advies Nationale Raad - Orde der Artsen. NR [Internet]. 7 februari 2015;148(a148006). Beschikbaar op: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/artsen-en-digitale-media

9. Bijlagen

A. Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0396		1-jun-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Welke media gebruiken Vlaamse huisartsen om informatie naar de patiënt over te brengen, en hoe staan ze tegenover e-consultaties? (MaNaMa Anthony Lambelin)

Belgisch Registratienummer: B670201835824

* Antwoord onderzoekers via mail dr. A. Lambelin dd. 19/05/2018 (ontv. dd. 22/05/2018) op opmerkingen EC dd. 20/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 1/03/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier deelnemer (versie 2) dd. 15/05/2018
* Inleiding masterproef (versie ontvangen dd. 22/05/2018)
* Vragenlijsten
  Topiclijst voor de interviews (versie ontvangen dd. 22/05/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

B. Protocol aanvraag Ethisch Comité






Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

---

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

WELKE MEDIA GEBRUIKEN VLAAMSE HUISARTSEN OM INFORMATIE NAAR DE PATIËNT OVER TE BRENGEN, EN HOE STAAN ZE TEGENOVER E-CONSULTATIES?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DEVEUGELE MYRIAM
- FUNCTIE: PROF. DR. PHD COMMUNICATIE IN DE GEZONDHEIDSZORG;
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 3322182
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: MYRIAM.DEVEUGELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. DE SUTTER AN

CO-PROMOTOR

- NAAM: MEVR. GALLE INGRID – MEVR. CREUPELANDT HANNE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT (MASTER VERPLEEGKUNDE – PSYCHOLOOG)
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: INGRID.GALLE@UGENT.BE – HANNE.CREUPELANDT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. DE SUTTER AN

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ANTHONY LAMBELIN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT

- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0498339950
- E-MAIL: ANTHONY.LAMBELIN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. GALLE KRISTOF
- ADRES: LOURDESSTRAAT 1A 9041 OOSTAKKER
- TELEFOONNUMMER: 09/251.07.30
- E-MAIL: GALLE.DELEMBRE@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: /
- NAAM ONDERZOEKER: /
- DATUM GOEDKEURING: /

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/05/2018 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/05/2019

7. SOORT ONDERZOEK

■ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- ■ **INTERVIEW**

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. 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.

De huisarts kent een hoge werkdruk, en dit zal de komende jaren niet veranderen. Enerzijds is er de 'dubbele vergrijzing' met een verschuiving van acute naar chronische zorg; anderzijds hebben we te maken met een steeds kritischer wordende patiëntenpopulatie, die informatie haalt vanuit alle mogelijke bronnen. Om aan deze verhoogde zorgvraag te beantwoorden, wordt de laatste jaren meer en meer geijverd om alternatieve manieren van consultatievoering en/of overdracht van juiste medische informatie te voorzien.
Zo bestaat reeds lang de patiëntenfolder, met tal van bewezen voordelen, maar echter niet overal wordt aangeboden, of in verval is geraakt. Daarnaast blijkt ook het telefonisch consult geen optimale vervanging van de face-to-face consultatie te zijn, met een eerder verhoogde werkdruk als resultaat wanneer dit als standaard eerste benadering wordt toegepast. Vandaar is men tegenwoordig vanop wereldwijd beleidsniveau op zoek naar een digitale vorm van consultatievoering, ook wel e-consultaties genoemd. Dit heeft als doel de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg te verhogen en tegelijk de werkdruk bij de arts te verlagen. Hoewel dit in theorie voordelig lijkt, is er weinig evidentie terug te vinden in de huidige studies, alsook een negatieve attitude jegens een opname van e-consultaties bij huisartsen.

Wat is de situatie omtrent dit thema in de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen? Vlaamse studies hierover ontbreken tot nog toe. Verder zijn in Vlaanderen op heden nog geen gecommercialiseerde, veilige online patiëntenportalen beschikbaar, noch duidelijke richtlijnen, terwijl praktisch elke arts wel beschikt over een e-mailadres en het merendeel over een smartphone. Welke media worden door Vlaamse huisartsen zoal gebruikt voor het overbrengen van informatie naar de patiënt, wat zijn de argumenten pro/contra, en wat zijn de vooruitzichten voor de toekomst? Om hiervan een idee te krijgen worden een tiental Vlaamse huisartsen mondeling bevraagd naar hun visies en attitudes aan de hand van een gestructureerd interview (zie vragen in bijlage). De verzamelde gegevens worden gedocumenteerd en eventuele gelijkenissen dan wel contrasten uiteengezet.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ■ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: ...
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: ...

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ■ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : ...

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ■ NVT

C. AANTAL PROEFPERSONEN: +-10

D. LEEFTIJD : 25 – 99J

E. GESLACHT : M/V

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? INTERVIEWS MET HUISARTSEN IN EN ROND GENT

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ■ **JA**
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ■ **JA**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ **JA**

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
■ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? WERKZAME HUISARTSEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

■ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

■ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

■ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

■ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

JA, IN 2011 EN 2013 WERDEN GELIJKAARDIGE ONDERZOEKEN IN HET VERENIGD KONINKRIJK UITGEVOERD RESPECTIEVELIJK ROND DE PERCEPTIES VAN HUISARTSEN OMTRENT E-CONSULTATIES EN HET E-MAIL GEBRUIK IN DE HUISARTSPRAKTIJK. RESULTATEN TOONDEN DAAR EEN EERDER LAAG GEBRUIK VAN E-CONSULTATIES, GEKOPPELD AAN TERUGHOUDENDE EN EERDER NEGATIEVE PERCEPTIES BIJ HUISARTSEN. GEZIEN DE SITUATIE IN VLAANDEREN ANNO 2018 ONGEKEND IS, IS HET INTERESSANT OM EEN GELIJKAARDIGE STUDIE IN DEZE SETTING TE HERNEMEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
■ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
■ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
■ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

■ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

/

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

■ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? /

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ? **NVT**

❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ? **NVT**

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? /

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? ...

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☐ NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 28/2/18
NAAM : Lambelin Anthony
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 1/3/18
NAAM : Dr Gelle Kristof
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 28/2/2018
NAAM : Prof dr. D. Devroede
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 28/2/2018
NAAM : Hanne Gruyaert
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

C. Informatie en toestemmingsformulier deelnemers

Informatie voor de deelnemer

Project:

Welke media gebruiken artsen ter communicatie met de patiënt, welke ervaringen hebben ze met e-consultaties en hoe beleven ze deze?

Beschrijving en doel van het project.

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve observationele studie op basis van interviews bij huisartsen.
De vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, faculteit geneeskunde, Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de media die artsen gebruiken om informatie naar de patiënt over te brengen, en hoe ze tegenover e-consultaties staan.

De huisarts kent namelijk een hoge werkdruk, en dit zal de komende jaren niet veranderen. Enerzijds is er een toenemende vergrijzing van de populatie, met een verschuiving van acute naar chronische zorg; anderzijds hebben we te maken met een beter geïnformeerde patiëntenpopulatie, die informatie haalt uit alle mogelijke bronnen. Om aan deze verhoogde zorgvraag te beantwoorden, wordt de laatste jaren meer en meer geijverd om alternatieve manieren van consultatievoering en/of overdracht van juiste medische informatie te voorzien.
De patiëntenfolder, met tal van aangetoonde voordelen, bestaat reeds lang, maar wordt echter niet overal aangeboden, of niet consequent gebruikt. Daarnaast is ook het telefonisch consult geen optimale vervanging van de face-to-face consultatie. Wanneer dit laatste als standaard benadering wordt toegepast, blijkt dit te resulteren in een verhoogde werkdruk. Digitale vormen van consultatievoering en informatieoverdracht, ook wel 'e-consultaties' genoemd, worden als mogelijk alternatief naar voor geschoven. Hiermee wordt élke vorm van online communicatie met de huisarts bedoeld. Dit heeft als doel de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg te verhogen en tegelijk de werkdruk bij de arts te verlagen. Op dit ogenblik is er nog weinig evidentie terug te vinden in de huidige studies, en is er ook een negatieve attitude jegens een opname van e-consultaties merkbaar bij huisartsen.

Belgische studies hierover ontbreken tot nog toe. Daarom gaat deze studie na wat de/houding omtrent dit thema bij de Vlaamse huisartsen is. Welke huisartspraktijken maken gebruik van welke media, waarom wel/niet, en wat zijn de vooruitzichten voor de toekomst?

Om een idee te krijgen over het huidige gebruik van en houding tegenover de verschillende media ter overdracht van informatie zullen 10 Vlaamse huisartsen geïnterviewd worden aan de hand van een vooraf

opgestelde topiclijst. De verzamelde gegevens zullen in een masterthesis gebundeld worden. De opnames worden na afwerking van de thesis vernietigd.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen deel te nemen aan deze studie door middel van een opgenomen interview. Dit zal ongeveer 30-tal minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Pype Peter.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren de interviews te laten afnemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.
Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten of methodes ter uitwisseling van informatie met patiënten.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengt en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

D. Vragenlijst interviews

Anthony Lambelin
Masterproef 2017-2019
Promotor: Prof. Dr. Pype Peter
Co-promotor: Mevr. Creupelandt Hanne

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Welke media gebruiken artsen om te communiceren met de patiënt, welke ervaringen hebben ze met e-consultaties en hoe beleven ze deze?

Vragen Interview

1. Algemeen

- **Geslacht + leeftijd:**
- **Hoeveel jaar bent u reeds praktiserend huisarts?**
- **In wat voor praktijk werkt u, en is dit stedelijk of ruraal?**
- **Hoeveel patiënten zijn er ingeschreven in uw praktijk?**

2. Verschillende media voor overbrengen informatie

- **Welke media gebruikt u voor u het overbrengen van informatie of het communiceren met de patiënt?**
- **In welke hoedanigheid gebruikt u deze media?**
- **Gebruikt u deze media als alternatief voor de klassieke consultaties, of eerder als supplement aan de gewone consultatie?**
- **Welke voordelen/nadelen ondervindt u van de door u gebruikte media?**
- **Zijn er patiënten bij wie u deze media eerder wel of niet gebruikt?**
- **Zijn er eventuele richtlijnen opgesteld binnen de praktijk voor het gebruik van de door u gebruikte media?**
- **Wat zijn uw argumenten tegen het gebruik van andere consultatievormen?**

3. Toekomstvisies

- **Zou u open staan voor het implementeren van alternatieve media voor het informeren/communiceren met patiënten?**

- **Ziet u eventuele voordelen in het gebruik van alternatieve media?**

- **Op basis van wat kiest u tussen het wel of niet gebruiken van alternatieve consultatiemanieren, al dan niet met nieuwe technologieën?**

- **Wat schrikt u af voor het gebruik van nieuwe consultatievormen?**

- **Wat zou er moeten veranderen opdat u meer geneigd bent nieuwe consultatievormen te implementeren?**

- **Hoe staat u tegenover de nieuwe GDPR-wetgeving?**