HET E-CONSULT: EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR PERCEPTIES VAN HUISARTSEN.

Chris Van Baeten, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype

Co-promotor: Hanne Creupelandt

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2019

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.

Abstract

Context

Om tegemoet te komen aan een toenemende werkdruk en om bereikbaarheid te vergroten wordt tegenwoordig in verschillende landen op beleidsniveau nagedacht over alternatieve (non-face-to-face) vormen van consultatievoering. Meestal wordt hierbij gebruik gemaakt van digitale communicatie: de zogenaamde e-consultatie. Hoewel de voordelen van digitale consultatievoering aannemelijk lijken, is hier tot op vandaag weinig evidentie voor. In België zijn er op dit moment geen webtoepassingen beschikbaar die een beveiligde consultatievoering tussen huisarts en patiënt mogelijk maken. Toch beschikken zowat alle huisartsen en patiënten tegenwoordig over een e-mailadres. Mogelijks vindt er dan ook heel wat informele communicatie plaats via e-mail.Er is bovendien in België nog geen onderzoek gebeurd naar percepties van huisartsen omtrent e-consultaties.

Onderzoeksvragen

Wat is er in de literatuur gekend over non-face-to-face communicatie in de huisartsenpraktijk? Wat zijn de ervaringen en percepties bij huisartsen?

Wordt er door huisartsen in Vlaanderen op dit moment gebruik gemaakt van digitale communicatievormen en in welke mate? Hoe staan huisartsen in Vlaanderen tegenover e-consultaties?

Methode

Er wordt een literatuurstudie gedaan rond de huidige ervaringen met non-face-to-face communicatie in de huisartsenpraktijk. De nadruk ligt hierbij op ervaringen en percepties bij huisartsen i.t.t. patiënten.

Vervolgens wordt via een online enquête gepolst naar gebruik van digitale communicatie bij Vlaamse huisartsen. Tevens worden een aantal specifieke percepties rond e-consultaties bevraagd.

Resultaten

Uit onze online enquête bij 113 huisartsen merken we dat actueel gebruik van digitale communicatie voor consultatievoering zeer beperkt is. Een grote meerderheid geeft aan helemaal niet (50%) of hoogstens enkele keren per jaar (33%) gebruik te maken van e-mail voor consultatievoering. Hetzelfde geldt in nog sterkere mate voor overige webapplicaties (Facebook, Whatsapp,...): 88% geeft aan hier nooit gebruik van te maken, 6% geeft aan dit hoogstens enkele keren per jaar te doen.

Uit de enquête blijkt bovendien dat er bij een meerderheid van de bevraagde huisartsen een vrij negatief beeld heerst rond het idee “e-consultatie”. Zo geeft een overgrote meerderheid (88%) aan dat routineus gebruik van e-consultaties niet zou leiden tot een meer kwalitatieve zorgverlening. Verschillende bezwaren die in de internationale literatuur reeds door huisartsen werden aangehaald, worden in deze enquête bevestigd. We bemerken een vrees voor een toename van de werkdruk. Medicolegale aspecten en bezwaren op vlak van privacy, bezoldiging en een gebrek aan richtlijnen worden hier eveneens aangetroffen. Slechts 17% van de bevraagde huisartsen zou dan ook bereid zijn om zelf te investeren in een beveiligd webplatform voor digitale communicatie.

Besluit

In deze enquête zien we dat actueel gebruik van digitale communicatievormen bij huisartsen zeer beperkt is. Bovendien worden overwegend negatieve percepties of barrières gerapporteerd. Deze negatieve percepties worden ook in de internationale literatuur aangetroffen. Op dit moment is er nog geen duidelijke evidentie voor enig effect van e-consultaties, deels door een gebrek aan (kwaliteitsvol) onderzoek, deels door wisselende resultaten. Het is dan ook op dit moment onmogelijk hieromtrent aanbevelingen te doen. Wel zal binnen de huidige context verdere uptake door huisartsen vermoedelijk laag blijven. Dit bemoeilijkt uiteraard het verdere bestuderen van eventuele effecten van non-face-to-face communicatie.

Inhoud

1.Inleiding....5

2.Literatuurstudie....5

2.1.Methode....5

2.2.Definitie....6

2.3.Rationale....6

2.4.Actueel gebruik van non-face-to-face communicatie....7

2.5.Ervaringen met telefonie, e-mail en patiëntenportalen, videogesprekken....9

2.5.1.Telefonie....9

2.5.2.E-mail en patiëntenportalen....9

2.5.3.Videogesprekken....11

2.6.Algemene kenmerken van non-face-to-face consultatievoering....11

2.6.1.Non-face-to-face communicatie is een complexe interventie....11

2.6.2.Kenmerken van non-face-to-face communicatie in de huisartsenpraktijk....12

3.Enquête....19

3.1.Methode....19

3.2.Demografische gegevens....20

3.3.Actueel gebruik van digitale communicatievormen....21

3.4.Percepties bij huisartsen....23

3.5.Bespreking resultaten....26

4.Besluit....27

5.Referenties....27

6.Bijlage A: goedkeuring ethisch comité....30

7.Bijlage B: protocol enquête....32

8.Bijlage C: rekruteringsmateriaal (e-mail)....40

9.Bijlage D: vragenformulier....41

1. Inleiding

De vergrijzing en een verschuiving in het zorglandschap van acute naar chronische zorg leiden tot een steeds toenemende werkdruk bij de huisarts. Om hieraan tegemoet te komen, wordt tegenwoordig wereldwijd van op beleidsniveau nagedacht over alternatieve (non-face-to-face) vormen van consultatievoering. Meestal wordt hierbij gebruik gemaakt van digitale communicatie, in dat geval spreekt men van zogenaamde e-consultaties.

Het doel hierbij is het ontwikkelen van een meer efficiënte manier van communicatie, zodat bereikbaarheid kan toenemen en tegelijkertijd de werkdruk bij de huisarts kan afnemen. Hoewel deze voordelen van digitale consultatievoering aannemelijk lijken, heeft onderzoek ze tot op vandaag nog niet kunnen aantonen.

In België zijn er op dit moment geen commerciële webtoepassingen beschikbaar die een beveiligde consultatievoering tussen huisarts en patiënt mogelijk maken. Toch beschikken zowat alle huisartsen en patiënten tegenwoordig over een e-mailadres. De vraag stelt zich dan ook of huisartsen gebruik maken van e-mail of andere digitale media voor communicatie met patiënten.

In deze masterproef wordt eerst een kort overzicht gegeven van de literatuur omtrent non-face-to-face communicatie tussen arts en patiënt. Vervolgens trachten we met behulp van een online enquête bij huisartsen het gebruik van e-mail of andere webtoepassingen (zoals bv. Facebook of Whatsapp) in kaart te brengen. Ten slotte willen we een beeld krijgen van de heersende percepties van huisartsen omtrent consultatievoering via internet.

2. Literatuurstudie

2.1. Methode

Het doel van deze studie is het bieden van een kort overzicht van de literatuur rond non-face-to-face communicatie tussen arts en patiënt. Als voornaamste informatiebron werd hiervoor de Medline databank geraadpleegd, met behulp van de zoekmotor Pubmed. Er werd voor een initiële zoekopdracht waar mogelijk gebruik gemaakt van MeSH-termen, waaronder “Telemedicine”, “Communication” en “Primary health care”. Er werd geen limiet voor publicatiedatum gehanteerd. Artikels werden als relevant beschouwd na het lezen van de abstract. Daarbij werden volgende criteria in het achterhoofd gehouden:

- Artikels met als onderwerp interprofessionele communicatie vallen buiten het bestek van deze literatuurstudie, het gaat hier om communicatie tussen patiënt en huisarts.
- Artikels met als onderwerp geautomatiseerde communicatie worden eveneens geweerd, het gaat hier om de interactie tussen arts en patiënt.

- Artikels met als onderwerp telemonitoring worden geëxcludeerd, gezien de nadruk hier niet ligt op communicatie.

De sneeuwbalmethode werd toegepast voor het vinden van verdere referenties. Er werden tevens een aantal relevante scripties gevonden in de ICHO-databank voor masterproeven.

2.2. Definitie

Onder non-face-to-face communicatie verstaan we iedere vorm van communicatie waarbij arts en patiënt niet in dezelfde ruimte aanwezig zijn. Hiertoe rekenen we o.a. telefonie, e-mail, communicatie via patiëntenplatformen en videogesprekken. Het is belangrijk te weten dat in een gegeven praktijk verschillende vormen naast elkaar kunnen gebruikt worden. Ook de mate waarin en de manier waarop de communicatievorm wordt toegepast kan sterk verschillen. Daarnaast kunnen verschillende communicatievormen gebruikt worden binnen één ziekte-episode. Verschillende communicatievormen kunnen aangewend worden voor verschillende specifieke doeleinden (bv. initieel gesprek via telefoon, gevolgd door een consultatie met behulp van internet video).

In deze literatuurstudie beschouwen we elke vorm van non-face-to-face communicatie voor om het even welk klinisch doel. De nadruk wordt hierbij echter gelegd op digitale non-face-to-face communicatie, de zogenaamde e-consultaties. Telemonitoring, waarbij gezondheidsgegevens worden opgevolgd zonder dat er sprake is van een communicatie tussen arts en patiënt, communicatie met louter administratieve doeleinden (bv. het maken van een afspraak), alsook interprofessionele communicatie worden buiten beschouwing gelaten.

2.3. Rationale

Beleidsmakers in onze buurlanden hebben de laatste jaren een duidelijke interesse getoond in digitale consultatievoering.(1,2) Het doel dat hierbij gewoonlijk voorop gesteld wordt, is enerzijds het vergroten van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en anderzijds het afnemen van de werkdruk bij zorgverleners.

Uit kwalitatief onderzoek bij huisartsen werden volgende rationales geöbserveerd voor het aanwenden van digitale non-face-to-face consultaties(1):

- Een verlangen om een moderne praktijk te zijn en te voldoen aan de verwachtingen van de drukbezette patiënt.
- Non-face-to-face communicatie is soms de enige optie voor 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.

Ook door patiënten werden een aantal duidelijke rationales aangekaart(1):

- Geen nood om zich te verplaatsen of om te wachten in een ruimte vol zieke mensen.
- Bij asynchrone communicatie: de mogelijkheid om berichten te bewaren en om vragen goed voor te bereiden.
- De mogelijkheid om de arts rechtstreeks te bereiken i.p.v. via een secretariaat.
- De mogelijkheid om een bericht na te laten bij de arts wanneer er niet onmiddellijk een afspraak in de praktijk kan gemaakt worden.

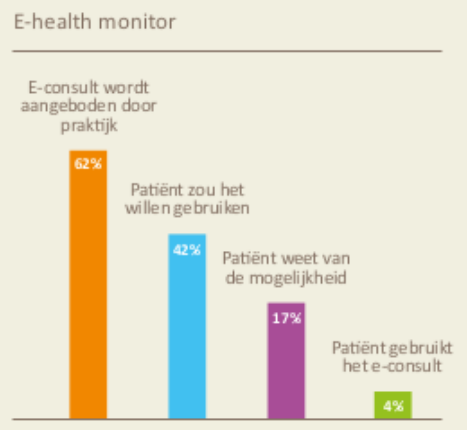
2.4. Actueel gebruik van digitale non-face-to-face communicatie

Hoewel op globaal niveau in sterk wisselende mate op non-face-to-face communicatie werd ingezet, hebben er zich in enkele voornamelijk Westerse landen de laatste jaren belangrijke evoluties voorgedaan.

In het Verenigd Koninkrijk werden vanuit het Department of Health and Social Care (DHSC) en de National Health Service (NHS) reeds verschillende iniatieven genomen om non-face-to-face communicatie aan te moedigen in de huisartsenpraktijk. In 2013 kondigde de toenmalige eerste minister aan dat onder leiding van het NHS een groot budget (£50 miljoen) zou vrijgemaakt worden voor projecten die onderzoek voeren naar innovatieve manieren van consultatievoering, het zogenaamde *GP Access Fund.(3)* Dit fonds zorgde ervoor dat praktijken die zich hierin interesseerden op een financieel aantrekkelijke manier alternatieve communicatievormen konden introduceren. In 2015 werd het *GP Access Fund* nogmaal uitgebreid met £100 miljoen voor een tweede golf van projecten. In 2016 werd vanuit de NHS een investering van £45 miljoen aangekondigd, waarbij men het gebruik van online consultaties zou gaan ondersteunen via hun webplatform *Patient Online*.(1) Bij een recente studie (2016) , eveneens in het V.K., onderzocht men het routineus gebruik van alternatieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Een meerderheid van de praktijken (66%) gaf aan dat zij telefonische consultaties aanbieden, hoewel dit bij slechts een kleine minderheid (6%) gold voor e-mail of elektronische berichten.(4) Zo goed als geen enkele praktijk in het V.K. bood videogesprekken aan.(4) Zeer weinig praktijken gaven aan de intentie te hebben om hier verandering in te brengen.

Ook in Nederland is er de laatste jaren aandacht geweest voor alternatieve communicatievormen. Reeds sinds 2006 bestaat er een terugbetaling voor consultaties via e-mail, weliswaar onder bepaalde voorwaarden.(5) In datzelfde jaar werd een eerste richtlijn voor e-consultaties gepubliceerd.(6) Het inschakelen van e-consultaties en videogesprekken werd in 2012 door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) naar voor geschoven in een toekomstvisie voor huisarts-geneeskunde in het jaar 2022.(7) In 2018 werd door het Nederlands expertisecentrum voor eHealth (Nictiz)

een actieagenda e-consult gepubliceerd(8), met een bijhorend Handboek e-Consult(9). In 2017 gaf een meerderheid (62%) van huisartsen aan dat zij een e-consult aanbieden.(10) Kennisname hiervan bij zorggebruikers en effectieve toepassing van het e-consult blijft echter zeer laag (zie figuur).



Overgenomen uit: Econsult, hoe regelen we dat? Handboek voor de huisartsenpraktijken. De Jong et al.(9)

In Denemarken wordt al sinds 2004 vanop nationaal niveau sterk ingezet op eHealth.(11) Het aanbieden van e-mail voor consultatievoering in de huisartsenpraktijk werd er reeds in 2009 verplicht gemaakt.(1) De huisarts kan er bovendien bereikt worden via een officiëel overheidsportaal. In een recente studie rapporteerde dan ook 65% van de Deense bevolking het gebruik van digitale communicatie met zijn of haar huisarts.(12) In Finland worden eveneens sinds een tiental jaar routinegewijs consultaties gevoerd tussen huisarts en patiënt via e-mail. (1)

In de Verenigde Staten is er een reeds lang bestaande ervaring met non-face-to-face communicatie, aangeboden door Health Maintenance Organisations (HMO's) onder de vorm van online portalen voor patiënten en routine telefonische consultaties.(13) De American Medical Information Association (AMIA) legde reeds in 1998 de eerste richtlijnen vast voor adequate communicatie via e-mail tussen artsen en patiënten.(14)

Hoewel het telefonisch consult reeds uitvoerig bestudeerd werd (o.a. in meerdere ICHO-masterproeven, (15,16)), is er op het moment van schrijven in België zeer weinig onderzoek gebeurd naar communicatie via internet. Een recente studie peilde naar de prevalentie van communicatie via e-mail tussen patiënt en zorgverlener in 14 Europese landen. België lag hier met een gerapporteerde prevalentie van 22.2% tussen uitschieters Denemarken (50.7%) en het Verenigd Koninkrijk (18.6%).(17) Een belangrijke nuance is echter dat het in deze studie louter om communicatie tussen patiënt en zorgverlener gaat, wat niet noodzakelijk een e-consultatie is. In een recent ICHO-praktijkproject vond men dat het aanbieden van online consultaties via e-mail of webformulieren het aantal telefoongesprekken deed dalen met 9%.(15) Er gebeurde echter vooralsnog geen verder specifiek onderzoek naar gebruik van en ervaringen met digitale communicatie. Het aanbod aan beveiligde webportalen in België is momenteel zo goed als onbestaande, hoewel meerdere EMD-softwarepakketten van plan zijn dit aan te bieden in de nabije toekomst.(18)

2.5. Ervaringen met telefonie, e-mail en patiëntenportalen, videogesprekken

2.5.1. Telefonie

Telefoongesprekken maken reeds geruime tijd deel uit van de dagelijkse huisartsenpraktijk. Hoewel telefonie voor de huisarts een onmisbaar laagdrempelig kanaal is om bereikbaar te blijven, leiden telefoongesprekken bij zowel arts als patiënt tot heel wat frustraties. Niet alleen kunnen talrijke telefoongesprekken de werkdruk voor de arts vergroten, zij kunnen ook het denkproces verstoren en leiden tot het maken van fouten.(19) Vanuit het perspectief van de patiënt ziet men in een studie dat 20% aangeeft dat een onderbreking van het consult toch een duidelijk negatief effect heeft op het gesprek.(20) Daarnaast ervaren patiënten vaak frustraties betreffende telefonische bereikbaarheid.(21)

Deze problemen hebben aanleiding gegeven tot verschillende interventies om telefonie op een zo effciënt mogelijke manier in te schakelen. Deze interventies zijn dan hoofdzakelijk gericht op het herleiden van de onderbrekingen tijdens een consultatie naar een absoluut minimum. Totnogtoe is er echter geen duidelijke optimale strategie naar boven gekomen. Wel worden een aantal potentieel nuttige opties naar voor geschoven, zoals het gebruiken van een telesecretariaat, het invoeren van een telefonisch (terugbel-)spreekuur(22), het gebruik maken van een online agenda, …(16) Reeds in 1984 verscheen een publicatie waarin men benadrukt dat het belangrijk is om het telefoonverkeer in de eigen praktijk goed in kaart te brengen en daar vervolgens op in te spelen.(23)

2.5.2. E-mail en patiëntenportalen

Email is een vrij toegangkelijke en goedkope communicatievorm die reeds in vele aspecten van het dagelijkse leven gebruikt wordt. Toch is het gebruik ervan voor communicatie tussen arts en patiënt zeer variabel naargelang het land dat men bestudeert. Recent onderzoek naar het gebruik van email voor communicatie tussen arts en patiënt laat prevalenties zien die variëren tussen 50.7% (Denemarken) en 18.6 % (Verenigd Koninkrijk).(17) Zoals hierboven reeds beschreven, behoort België in dezelfde studie tot de middenmoot met een gerapporteerd gebruik bij 22% van de ondervraagde patiënten.

Email is een asynchrone en hoofdzakelijk tekstuele communicatievorm. Via het toevoegen van foto’s aan een bericht kan ook visuele informatie uitgewisseld worden. Om ervan gebruik te maken kan de patiënt gemakkelijk een gratis webmail-account maken bij klassieke providers zoals Gmail of Outlook.com. Deze diensten schieten echter in het algemeen tekort op vlak van privacy en beveiliging. Zij kunnen, rekening houdend met de recente GDPR-wetgeving, niet gebruikt worden voor het versturen van patiëntgegevens. Desalniettemin wordt er, zo blijkt uit de hierboven vermelde prevalenties, relatief vaak gebruik van gemaakt. Er bestaan ook veilige toepassingen van e-mail: in het V.K. biedt bijvoorbeeld de NHS beveiligde asynchrone communicatie aan tussen arts en patiënt via NHSmail 2, momenteel echter nog zonder richtlijnen voor een optimaal gebruik.(1)

Een recente Cochrane-review onderzocht de evidentie voor effecten van het gebruik van email voor communicatie tussen arts en patiënt.(24) Hieruit kwamen volgende resultaten naar voor:

- Wat betreft “health service use” (m.a.w. de mate waarin zorgverlening wordt gebruikt, hoeveel tijd er besteed wordt voor consultaties, ...) is het onmogelijk om op basis van de huidige literatuur een effect van e-mailinterventies aan te tonen.
- Wat betreft patiëntenuitkomsten (algemene gezondheid, begrijpen van informatie, gedragsverandering, ….) is het onmogelijk om op basis van de huidige literatuur een effect van e-mailinterventies aan te tonen.
- Het is voorlopig onduidelijk of er al dan niet negatieve effecten zijn voor de gezondheid van de patiënt of de kwaliteit van zorgverlening.

Als algemene conclusie stelt men dat de huidige evidentie zeer beperkt is, met studies van vaak beperkte kwaliteit en met wisselende resultaten. Er kunnen dan ook op dit moment geen aanbevelingen gedaan worden rond het gebruik van e-mail in de praktijk.

Patiëntenportalen zijn beveiligde webpagina’s waarop patiënten kunnen inloggen en vervolgens toegang krijgen tot een waaier aan zorggerelateerde diensten. Gewoonlijk betreft het toegang tot bepaalde delen van het elektronisch patiëntendossier, maar de vormgeving en toepassingen die aangeboden worden zijn sterk uiteenlopend. Patiëntenportalen geven de patiënt in sommige gevallen de optie om op een beveiligde manier berichten achter te laten voor de arts. Zo bestaan er in het Verenigd Koninkrijk een tweetal commerciële softwarepakketten (eConsult, AskMyGP) die de patiënt toelaten om via een webportaal een gestructureerde vragenlijst in te vullen en een bericht achter te laten voor de huisarts. Dit zou verdere consultatievervoering , die dan gewoonlijk plaatsvindt via een telefoongesprek, vergemakkelijken. Alternatief worden antwoorden verstuurd naar een persoonlijk e-mailadres van de patiënt of naar een inbox op dezelfde website. Dergelijke communicatie is eveneens tekstueel en asynchroon, en dus in wezen weinig verschillend van communicatie via klassieke e-mail.

In Vlaanderen wordt door de mutualiteiten een patiëntportaal aangeboden onder vorm van de webtoepassing “My Health Viewer”. Vooralsnog biedt dit portaal volgende diensten aan:

- vaccinatiegegevens raadplegen
- medicatieschema’s bekijken
- deelname aan bevolkingsonderzoeken opvolgen
- een samenvatting van het medisch dossier (sumehr) raadplegen
- informed consent geven of intrekken voor het delen van medische gegevens,
- opvolgen van inzage in het eigen dossier door verschillende zorgverleners.

In het bijzonder is er dus in Vlaanderen voorlopig geen optie voor elektronische communicatie met de huisarts via patiëntenportalen. Tot op heden werd deze vorm van communicatie echter weinig onderzocht en kunnen dan ook geen uitspraken gedaan worden over eventuele positieve of negatieve effecten.(1) Voor de effecten van niet-communicatieve toepassingen binnen patiëntenportalen verwijzen we naar andere overzichtsartikels.(25)

2.5.3. Videogesprekken

Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk zien we dat het gebruik van videogesprekken in de huisartsenpraktijk niet alleen zeer beperkt is, maar dat huisartsen ook geen intentie hebben om deze technologie te gaan gebruiken.(4) Deze technologie is op dit moment dan ook zeer weinig bestudeerd. De weinige publicaties die er zijn, geven hoofdzakelijk een indicatie van het potentieel van videogesprekken zonder uitspraken te kunnen doen over de impact op werkdruk en kwaliteit van zorgverlening. Er zijn tot op vandaag geen RCT's die het invoeren van videogesprekken als interventie in de huisartsenpraktijk onderzocht hebben.(1)

In een case study van huisartsenpraktijken die verschillende vormen van non-face-to-face communicatie aanbieden, werd een praktijk geïncludeerd die gebruik maakte van videogesprekken. Daar vond men dat het starten van een videogesprek vaak gepaard ging met heel wat logistieke problemen: een te trage internetverbinding, te trage computers, onvoldoende beeldkwaliteit, problemen bij het opzetten van een gesprek (bv. positionering van camera's), maar ook problemen met bv. het laten stilzitten van een kind voor de camera.(26) Deze problemen vormden een dermate grote barrière voor de betrokken artsen dat videogesprekken er vaak vervangen werden door e-mailberichten of telefoongesprekken.

2.6. Algemene kenmerken van non-face-to-face consultatievoering

2.6.1. Non-face-to-face communicatie is een complexe interventie

Beslissingen op beleidsniveau binnen de gezondheidszorg betreffen vaak complexe interventies binnen complexe sociale systemen. De praktische implementatie en uiteindelijke beoogde effecten (zoals bijvoorbeeld een afname van werkdruk of een toename van bereikbaarheid) zijn uiteenlopend. De mate waarin de beoogde resultaten behaald worden lijkt bovendien sterk contextgebonden te zijn.(1) Wanneer onderzoek gevoerd wordt naar de effecten van dergelijke interventies bekomt men vaak gemengde resultaten, die sterk afhankelijk lijken te zijn van de context waarin de interventie wordt toegepast en de manier waarop ze wordt geïmplementeerd. Vaak is het dan moeilijk tot onmogelijk om deze uiteenlopende resultaten te plaatsen binnen een breder kader onder de vorm van een klassieke review. Dit gegeven botst uiteraard met de hedendaagse tendens om zoveel mogelijk aan "evidende-based policy" te doen. Om dit probleem tegemoet te komen werden vanuit de sociale, psychologische en economische wetenschappen een aantal alternatieve onderzoeksmethodieken (bijvoorbeeld "realist"-evaluatie(27)) ontwikkeld. Deze evaluatiemethoden hebben als gemeenschappelijk idee dat men bij de het bestuderen van complexe interventies vooral aandacht moet

besteden aan de context waarin de interventie plaatsvindt en aan het geven van een verklaring voor de manier waarop een interventie leidt tot een bepaalde uitkomst.

Hoewel projecten die steunen op internet en digitalisatie beloftevol lijken op vlak efficiëntie en kwaliteit van dienstverlening, is hun introductie totnutoe vaak zeer moeilijk gebleken. Naar schatting meer dan de helft van IT-projecten binnen de gezondheidszorg “falen”.(28) De grote variatie aan projecten en beoogde resultaten maken het echter moeilijk om een sluitende definie te geven voor het falen van een project. Een eerder vage definitie die kan gebruikt worden is het “significant overschrijden van budget of tijdslimieten, onderprestatie of vroegtijdige afbreking van een project”.(28) Het geven van een verklaring voor het falen van IT-projecten gebeurde totnutoe veelal voor zeer specifieke situaties en vanuit het specifieke standpunt van de betrokken onderzoekers. Halford et al. beschreven in hun paper voor het eerst een sociologisch raamwerk voor het bestuderen van ICT-initiatieven binnen de bredere context van de algemene werking en organisatie van gezondheidszorg.(29) Dit raamwerk biedt onderzoekers een algemeen houvast in het verklaren waarom een ICT-project al dan niet de beoogde doelstellingen behaalt. Hierin stelt men dat ICT-initiatieven een nieuwe organisatie van werk eisen, met een introductie van nieuwe taken alsook een nieuwe taakverdeling. Dit kan onvoorspelbare effecten hebben op de bestaande werking en organisatie van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door het verstoren van bestaande machtsverhoudingen. Deze effecten kunnen ingedeeld worden binnen een organisatorisch, een professioneel en een ruimtelijke domein. Bij de verdere bespreking van algemene ervaringen met non-face-to-face communicatie zullen we steeds vertrekken vanuit dit raamwerk.

2.6.2. non-face-to-face communicatie in de huisartsenpraktijk

Een vrij recente en uitgebreide conceptuele review van de bestaande literatuur herleidde de tot dusver opgedane ervaringen met non-face-to-face communicatie tot een tiental terugkerende thema’s of concepten. Deze thema’s kunnen beschouwd worden als potentiële barrières, die op hun beurt ingedeeld kunnen worden binnen een drietal domeinen, in overeenstemming met een sociologisch model beschreven door Halford et al. voor het bestuderen van de impact van ICT-initiatieven binnen de gezondheidszorg.(1) Zoals hierboven reeds vermeld kunnen deze aspecten van non-face-to-face communicatie onvoorspelbare en potentieel storende effecten hebben op de bestaande werking en organisatie van de gezondheidszorg.

Ten eerste herkent men een viertal terugkerende thema’s die zich situeren binnen het organisatorische domein: uptake door patiënten, impact op werkdruk, patiëntveiligheid en ruimtelijke organisatie in de huisartsenpraktijk.

Ten tweede herkent men een viertal thema’s die zich situeren binnen het professionele domein: effecten van consultatievoering op afstand, medicolegale aspecten, percepties van artsen rond non-face-to-face communicatie en vaardigheid met alternatieve communicatievormen.

Ten slotte vallen een tweetal thema's onder het ruimtelijke domein: de aard van de communicatietechnologie en de interactie tussen de patiënt en een bepaalde technologie.

Deze drie domeinen en de daartoe behorende thema's worden hieronder meer gedetailleerd beschreven.

2.6.2.1. Organisatorisch domein

Het verbeteren van organisatorische efficiëntie speelt meestal een centrale rol in ICT-projecten binnen de gezondheidszorg.(29) Het is echter belangrijk om in gedachte te houden dat ICT-interventies de bestaande werkorganisatie hierbij significant kunnen verstoren. Dit kan gebeuren door het introduceren van nieuwe taken, door de manier waarop die taken uitgevoerd moeten worden, alsook door het verstoren van de workflow tussen verschillende zorgverleners. Hieronder worden enkele aspecten van non-face-to-face communicatie toegelicht die potentiëel een barrière kunnen vormen op organisatorisch vlak.

A) Uptake door patiënten

Als een praktijk communicatie op afstand wil introduceren, dan stelt zich de vraag hoe deze communicatie bij patiënten moet aangeboden worden. Dit vereist uiteraard een aanpassing van de bestaande werkorganisatie, waarbij ruimte wordt gemaakt om de mogelijkheid tot communicatie op afstand bij patiënten toe te lichten en aan te bieden. Hierin ligt een potentiële barrière.

In een Nederlandse studie vond men als grootste barrière voor het gebruik van een e-consultatie dat patiënten er zich niet van bewust waren dat deze werd aangeboden.(30) Ook in het meest recente Nictiz-rapport ziet men een opvallende discrepantie tussen enerzijds het percentage artsen dat beweert online contactmogelijkheden aan te bieden voor het stellen van medisch inhoudelijke vragen (55%), en anderzijds het percentage patiënten die beweert dat dit in hun huisartsenpraktijk een mogelijkheid is (16%)(2).

Een mogelijke onderliggende oorzaak hiervoor, is de waarneming dat artsen vaak zeer selectief zijn in het aanbieden van alternatieve communicatievormen.(1) Zij maken dan een inschatting of een specifieke patiënt al dan niet een goede kandidaat is voor een non-face-to-face gesprek. Vaak is deze inschatting gebaseerd op de klinische context, maar veelal is ze ook gebaseerd op vooroordelen. In een studie bij huisartsen kwamen volgende overwegingen naar voor bij het oordelen of een patiënt al dan niet geschikt is voor communicatie op afstand(26):

- De reeds bestaande arts-patiënt relatie: volgens sommige artsen is de impact van non-face-to-face communicatie hierop positief, volgens anderen dan weer negatief.
- Veronderstellingen/vooroordelen gebaseerd op leeftijd, etniciteit of socio-economische status.
- Artsen geven vaak een categorie "gekende" of "vertrouwbare" patiënten aan, van wie ze betrouwbare en vlotte communicatie op afstand verwachten. Voorbeelden zijn persoonlijke vrienden of andere zorgverleners.

- Anderzijds geven artsen ook risicogroepen aan waarbij communicatie op afstand als minder geschikt wordt beschouwd: bejaarde en/of verwarde patiënten, nieuwe of complexe gezondheidsproblemen, anderstalige of moeilijk verstaanbare patiënten, kinderen.

Hiernaast spelen uiteraard ook algemene percepties van artsen een beslissende rol in het al dan niet aanbieden van communicatie op afstand(zie verder). Verschillende artsen maken hun beslissing om non-face-to-face communicatie te gebruiken op verschillende manieren. Gewoonlijk bestaan er geen (praktijk)richtlijnen hiervoor, waardoor artsen zich vaak weinig of niet bewust zijn van hoe collega's binnen eenzelfde praktijk hiermee omgaan. Het al dan niet aanbieden van alternatieve communicatie gaat met andere woorden dus vaak gepaard met enige subjectiviteit en willekeur.

Verder is er een hiaat in onderzoek naar percepties bij onthaalmedewerkers , die vaak als eerste in contact komen met de patiënt. Er is momenteel weinig tot niets geweten over de manier waarop zij de mogelijkheid voor non-face-to-face communicatie bij patiënten aanbieden.(1)

B) Impact op werkdruk

Een frequente perceptie bij artsen is dat non-face-to-face communicatie zal leiden tot een sterke toename van de werkdruk.(4,31,32) Deze verwachting is echter veelal gebaseerd op speculatie en niet op reële ervaring of wetenschappelijk onderzoek; er is in de literatuur op heden weinig tot geen evidentie voor een positieve of negatieve impact op de werkdruk.(1)

In een kwalitatieve studie kwamen verschillende opportuniteiten voor een meer efficiënte workflow naar voor(26). Artsen waren in staat om hun werk te organiseren door zelf te bepalen wanneer en in welke volgorde ze bijvoorbeeld geplande telefoongesprekken uitvoeren of antwoorden op e-mailberichten. Er werd ook aangegeven dat dit hen toeliet om een deel van deze taken uit te voeren tussen reeds geplande face-to-face consultaties, bijvoorbeeld wanneer er na een korte consultatie tijd over is. Anderzijds gaven sommige artsen dan weer aan dat non-face-to-face consulten hoofdzakelijk gevoerd werden aan het begin of op het einde van de dag, met louter een verdere toenname van de werkbelasting.

In het algemeen lijkt er een trade-off te zijn tussen enerzijds flexibiliteit en anderzijds een toegenomen werkdruk(26). De winst op vlak van flexibiliteit is overigens weer afhankelijk van de context, gezien non-face-to-face communicatie in sommige praktijken heel wat onvoorziene tussenstappen met zich meebrengt (bv. heen-en-weer gemail tussen verschillende artsen / onthaalmedewerkers). De werkdruk wordt ook beïnvloed door conversie tussen verschillende communicatievormen (bv. van telefoongesprek naar face-to-face consult, of van e-mail naar telefoongesprek). Deze conversies brengen op zich meer werk mee, met daarnaast ook vaak herhaling van onderwerpen over verschillende consultaties heen.

C) Veiligheid

Er is op dit moment weinig tot geen onderzoek gedaan naar de veiligheid van non-face-to-face communicatie t.o.v. klassieke consultvoering.(1) Nochtans geven artsen aan dat dit aspect voor hen een belangrijke rol speelt (33) Enkele specifieke bezwaren komen uit kwalitatief onderzoek herhaaldelijk naar voor**:**

- Consultatie op afstand zorgt voor een gebrek aan non-verbale clues (bv. lichaamstaal, visuele symptomen, bepaalde geuren). Bovendien is klinisch onderzoek onmogelijk. Dit kan vanzelfsprekend het stellen van een correcte diagnose bemoeilijken.
- Communicatie op afstand gaat inherent gepaard met een risico op schending van de privacy van de patiënt. Het is niet steeds duidelijk met wie men op een gegeven moment aan het communiceren is en persoonlijke berichten kunnen mogelijk onderschept worden door derden. Er moet echter gezegd worden dat incidenten van deze aard totnogtoe zelden gerapporteerd zijn(1).
- Bij asynchrone communicatievormen (bv. geplande telefoongesprekken of e-mailberichten) loopt men het risico om de hulpvraag van de patiënt uit het oog te verliezen. Bovendien ziet men in de praktijk dat er zowel voor patiënt als voor de arts vaak veel onduidelijkheid heerst rond een adequate responstijd. Dit kan met name bij de patiënt onnodige angst of stress veroorzaken wanneer een antwoord op een gestelde vraag langer dan verwacht op zich laat wachten.
- Veelal worden non-face-to-face consultaties niet of onvolledig geregistreerd in het EPD, wat de continuïteit van de zorg mogelijk in het gedrang kan brengen.

D) Infrastructuur

Dit thema heeft vooral betrekking op videoconsultaties. Communicatie op afstand via videogesprekken vereist van zowel arts als patiënt een infrastructuur die aan bepaalde eisen voldoet: o.a. voldoende verlichting, voldoende beeld- en geluidskwaliteit en een betrouwbare internetverbinding. Een slechte beeldkwaliteit kan ook klinische gevolgen hebben. Met name bij psychiatrische patiënten kunnen beeldartefacten te wijten aan een slechte verbinding zeer angstaanjagend overkomen.(1)

2.6.2.2. Professioneel domein

De introductie van een nieuwe ICT-technologie kan een storend effect hebben op professioneel vlak. Hiermee bedoelen we niet alleen de manier waarop de zorgverlener zijn beroep praktisch uitoefent, maar ook de identiteit die de zorgverlener aanneemt als zijnde “professioneel”. Bepaalde interventies kunnen bijvoorbeeld een zeer specifieke werkmethode vereisen die in strijd gaat met een bestaande werkmethode of professionele identiteit. Bovendien kunnen interprofessionele relaties onder druk komen te staan door gewijzigde machtsverhoudingen. Hieronder worden enkele aspecten van non-face-to-face communicatie besproken die potentiëel een barrière kunnen vormen op professioneel vlak.

A) De consultatie gebeurt op afstand

Zoals hierboven vermeld, kunnen er bij non-face-to-face communicatie bepaalde non-verbale elementen uit de consultatie (zoals bv. lichaamstaal, geuren) verloren gaan. Ook het begrip van de patiënt, wat door de arts vaak afgeleid wordt uit lichaamstaal, kan moeilijker te toetsen zijn bij consultaties op afstand. Huisartsen geven aan dat op deze manier voor hen essentiële informatie verloren gaat.(1)

Bovendien ziet men zowel bij artsen als patiënten onduidelijkheid over wanneer men wel of niet een non-face-to-face gesprek kan voeren, en wat er dan tijdens zo'n gesprek kan besproken worden. In een kwalitatieve studie vond men dat er vaak een gebrek aan richtlijnen of beleid was op praktijkniveau.(26) Artsen en medewerkers in een praktijk hielden er hun eigen gewoontes op na, zonder goed op de hoogte te zijn van wat anderen wel of niet deden op vlak van non-face-to-face communicatie. In de praktijken waar er wel richtlijnen waren, was er een groot verschil tussen wat er als regel naar voor geschoven werd en wat de artsen in praktijk deden.

Bij de betrokken artsen was er bovendien geen duidelijke eensgezindheid over de impact van non-face-to-face communicatie op de arts-patiëntrelatie. Sommige artsen vonden dat non-face-to-face communicatie een bevordelijk effect had, anderen ervaarden het dan weer als hinderlijk. Men kan zich inbeelden dat deze onzekerheden bij huisartsen een storend effect kunnen hebben bij opnemen van een rol als professioneel zorgverlener.

B) Medicolegale aspecten

Een barrière bij artsen die vaak naar voor komt uit kwalitatief onderzoek, is risico op wetsovertredingen of vervolging bij het maken van fouten. Dit kan leiden tot overdreven "safety-netting", d.i. het uitvoeren van soms overbodige diagnostische of therapeutische interventies om zichzelf te beschermen tegen eventuele onverwachte complicaties. In een studie werd intussen reeds waargenomen dat huisartsen vaker antibiotica voorschrijven bij e-consultaties dan bij klassieke face-to-face gesprekken.(34)

Op 25 mei 2018 is de tweejarige overgangsperiode voor de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation, GDPR) afgelopen, waardoor voortaan alle organisaties die persoonsgegevens verwerken verplicht deze nieuwe regelgeving moeten volgen. In de GDPR is er belangrijke aandacht voor de veilige uitwisseling van persoonsgegevens, in het bijzonder voor patiëntgegegevens. Klassieke (gratis) webmailapplicaties voor communicatie tussen arts en patiënt worden hierbij als onveilig en dus niet toegelaten beschouwd. Daarom gaat men voor online communicatie tegenwoordig meer kijken in de richting van patiëntenportalen, waar men op een een beveiligde (geëncrypteerde) manier kan communiceren (zie hierboven). Dergelijke patiëntenportalen zijn in België echter op dit moment nog niet beschikbaar.

De Orde der Artsen nam op vlak van non-face-to-face communicatie totnutoe een eerder conservatieve houding aan. In een advies van de Nationale Raad omtrent digitale media stelt de Orde op het vlak van telegeneeskunde het volgende(35):

"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."

en:

"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."

C) Algemene percepties van artsen ten opzichte van non-face-to-face communicatie

Het begrijpen van de diverse percepties van artsen tegenover het implementeren van e-consultaties is cruciaal voor het uiteindelijke succes ervan.(36) Er lijkt immers een kloof te bestaan tussen de verwachtingen die beleidsmakers vooropstellen en anderzijds de ervaring die leeft binnen de huisartsengemeenschap. Veel artsen geven aan dat ze zich ongemakkelijk voelen bij het algemeen idee van non-face-to-face consultatievoering(31) Bovendien geven artsen die reeds gebruik maken van non-face-to-face communicatie aan met onzerkeheden te zitten rond de te verwachten effecten op langere termijn.(37) Bezorgdheden situeren zich vooral rond het potentieel in gedrang komen van kwalitatieve en efficiënte zorgverlening, alsook rond de impact op de werkdruk (zie ook hierboven). Een ander bezwaar dat door artsen vaak gemaakt wordt tegen alternatieve communicatievormen is het gebrek aan vergoeding.(33) Hoewel in sommige landen een terugbetaling bestaat voor e-consultaties (bijvoorbeeld Nederland of Denemarken), is dit in vele landen (waaronder België) niet het geval.

De algemene perceptie van huisartsen hangt ook af van het type patiënt en de omstandigheden waarin de non-face-to-face communicatie plaatsvindt. Zoals hierboven reeds vermeld zullen artsen naargelang de omstandigheden vaak zelf een inschatting maken of er een plaats is voor non-face-to-face communicatie of niet.

Telefonische consultatie en e-consultaties werden vooral als nuttig beschouwd bij de zogenaamde "gemakkelijke onderwerpen"(26), zoals bijvoorbeeld:

- Eenvoudige recurrente gezondheidsproblemen.
- Opvolgen en managen van chronische ziekten.
- Advies rond medicatiegebruik of bijwerkingen.
- Opvolgen van symptomen (“safety netting”).

Asynchrone communicatievormen (bv. e-mail) werden door artsen vooral nuttig geacht bij slechthorenden of patiënten die zich niet goed verbaal kunnen uitdrukken, bijvoorbeeld door angst of andere communicatieproblemen.

D) Vaardigheid met alternatieve communicatievormen

Wil men een nieuwe technologie introduceren in de dagelijkse praktijk, dan is het belangrijk dat die gemakkelijk te gebruiken is door alle betrokken partijen. Zorgverleners geven soms aan dat zij minder bedreven zijn in het gebruiken van digitale communicatievormen en op die manier dreigen hun authoriteit te verliezen.(1)

2.6.2.3. Ruimtelijk domein

Een tweetal aspecten van non-face-to-face communicatie kunnen een potentiëel disruptief effect hebben binnen een zogenaamd ruimtelijk domein: de aard van de communicatietechnologie, en de manier waarop patiënten ermee omgaan.

A) Aard van de communicatietechnologie

Een vanzelfsprekend maar belangrijk gevolg van communicatie op afstand is dat de patiënt en de zorgverlener niet meer in dezelfde ruimte aanwezig zijn. Hoewel dit vaak wordt aanzien als een louter technische prestatie met potentieel economische voordelen, wordt de belangrijke impact van ruimtelijke aspecten op identiteit en machtsverhoudingen binnen de gezondheidszorg uit het oog verloren.(29) Een voorbeeld van een ruimtelijke uiting van machtsverhoudingen bij klassieke communicatievormen is de wachtzaal, waar de patiënt verwacht wordt plaats te nemen vooraleer hij zich mag begeven in het kabinet van de arts. Bij bepaalde ICT-projecten ontstaat bovendien een nieuwe ruimte, de zogenaamde ‘cyberspace’, waar bestaande machtsverhoudingen kunnen betwist worden.

Er bestaan reeds verschillende media voor communicatie op afstand: telefonie, sms, e-mail, webplatformen, videogesprekken… Men kan hierin een onderscheid maken op basis van inhoud (tekst, beeld, geluid of combinaties daarvan) en of de communicatie al dan niet asynchroon verloopt. Bij asynchrone communicatie kunnen arts en patiënt niet alleen vanop verschillende locaties een gesprek voeren, maar ook op een verschillend tijdstip.

Met name bij asynchrone communicatie werden reeds een aantal specifieke voor- en nadelen beschreven door zowel artsen als patienten.(32,37)Zo laat het bijvoorbeeld artsen toe om te antwoorden op een meer gepast moment en om de relevante richtlijnen na te kijken vooraleer een antwoord te geven. Anderzijds is het voor hen soms moeilijk om aan de patiënt bijkomende informatie te vragen. Een vaak aangehaald voordeel bij patiënten is de mogelijkheid om op hun eigen tempo de hulpvraag goed te formuleren en om gesprekken te bewaren. De informatie die werd uitgewisseld, wordt dus niet per se alleen in het dossier van de arts bewaard.

B) Interactie tussen patient en technologie

Uit vorige masterthesissen kwamen bij patiënten volgende voornaamste redenen voor communicatie buiten de huisartsenpraktijk naar voor (gebaseerd op telefonische consultaties)(18):

- *Resultaten van een bloed-/ urineonderzoek.*
- *Medische vraag (urgent of niet- urgent)*
- *Afspraak maken - aanvragen huisbezoek*
- *Algemene informatie betreffende de praktijk*
- *(Herhalings-) voorschrift nodig voor medicatie of kinesitherapie*
- *Resultaten van medische beeldvorming*
- *Opvolging van de gezondheidstoestand*

Overgenomen uit "Communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt: hoe kan het beter?"(18)

Ervaringen van patiënten bij non-face-to-face communicatie zijn in het algemeen vrij positief. Een aantal voordelen die totdusver uit onderzoek naar boven kwamen zijn(1):

- Het is niet meer nodig zich naar het kabinet van de arts te begeven.
- Het is mogelijk om een consultatie te doen tijdens de werkuren.
- De receptionist kan vermeden worden.
- Het is mogelijk een bericht na te laten voor de arts buiten zijn gewoonlijke werkuren.
- Asynchrone communicatie (bv. e-mail) laat toe om gesprekken te bewaren en te herlezen.

Patiënten haalden zelf aan dat non-face-to-face communicatie niet ideaal is voor iedere situatie. Bij meer complexe vragen gaven zij dan ook de voorkeur aan een consultatie in de praktijk. Daarnaast waren er bezorgdheden rond de opvolging van non-face-to-face communicatievormen. Patiënten gaven aan dat het onduidelijk is wanneer ze precies een antwoord op een bericht mogen verwachten, en waren soms ongerust dat hun bericht verloren was gegaan (zie ook hierboven: "veiligheid").

Sommige patiënten gebruiken alternatieve communicatie op een manier die niet bedoeld is, om toch de zorgen te krijgen die zij denken nodig te hebben (bijvoorbeeld via non-face-to-face communicatie de receptionist vermijden en aldus sneller een afspraak krijgen voor een face-to-face gesprek).

3. Enquête

Zoals hierboven reeds aangegeven werd digitale consultatievoering in België tot op vandaag zeer weinig onderzocht. We vragen ons af of huisartsen in Vlaanderen gebruik maken van digitale communicatie voor consultatievoering. In België zijn er op dit moment echter geen commerciële webtoepassingen beschikbaar die een beveiligde digitale consultatievoering tussen huisarts en patiënt mogelijk maken. Toch beschikken zowat alle huisartsen en patiënten tegenwoordig over een e-mailadres en/of smartphone. Om het actueel gebruik van non-face-to-face consultaties in Vlaanderen na te gaan, stellen we dan ook eerst de vraag of huisartsen gebruik maken van e-mail of eventuele andere officieuze digitale media voor consultatievoering. Bovendien vragen we ons af of de in de literatuur beschreven ervaringen en percepties zich ook voordoen bij Vlaamse huisartsen.

3.1. Methode

De enquête heeft als voornaamste onderwerpen:

- Het actueel gebruik van digitale non-face-to-face communicatie bij huisartsen in Vlaanderen in kaart brengen.
- Een bevraging van ervaringen en percepties van huisartsen tegenover dergelijke communicatievormen.

Hiervoor werd gebruik gemaakt van een online vragenformulier, met behulp van de software Google Forms.

Voor het bevragen van percepties en ervaringen werd de vragenlijst beperkt tot een tiental items die in de literatuur door huisartsen vaak als barrière (of net niet) werden aangehaald. Om deze items te bevragen werd gebruik gemaakt van een vijfpunts-Likertschaal (helemaal niet akoord – niet akkoord – geen mening – akkoord – helemaal akkoord). Tevens werd de mogelijkheid gegeven om een antwoord te nuanceren of verdere opmerkingen te geven via een vak voor vrije tekst.

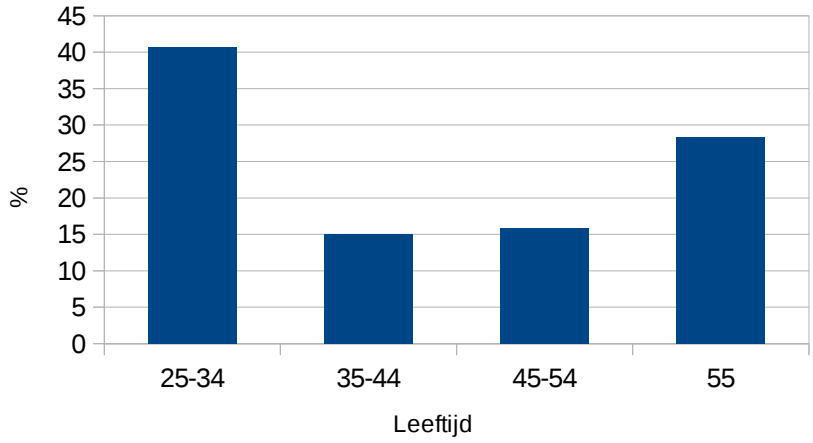
Het rekruteren van deelnemers gebeurde via disseminatie van een uitnodigende e-mail binnen huisartsenwachtkringen verspreid over alle provincies in Vlaanderen.

Voor statistische verwerking van gegevens werd gebruik gemaakt van LibreOffice Calc.

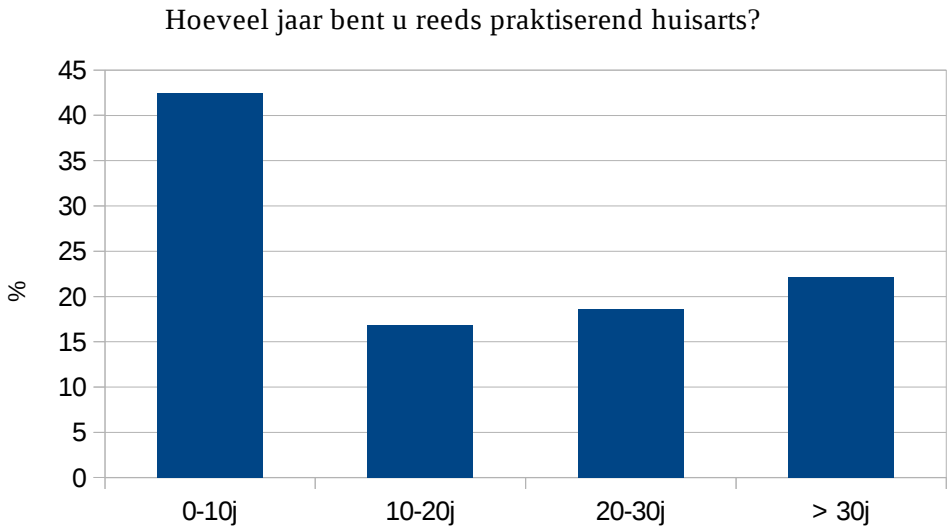
Het protocol voor deze enqûete werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent.

3.2. Demografische gegevens

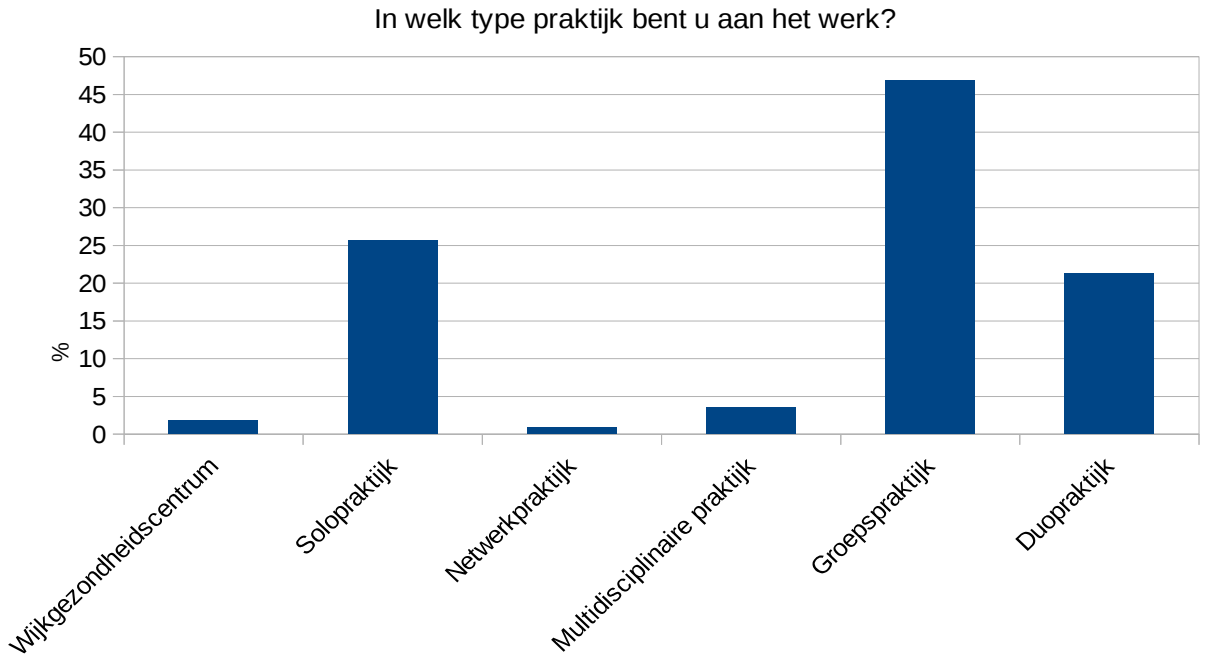
Het totaal aantal huisartsen dat deelnam aan de online enquête bedroeg 113, waaronder 68 (60.2%) vrouwen en 45 (39.8%) mannen. Veruit de grootste leeftijdscategorie is die van 25-34 jaar (40.7%):



De meeste huisartsen die deelnamen aan de enquête hadden dan ook niet meer dan 10 jaar praktijkervaring (42.5%):

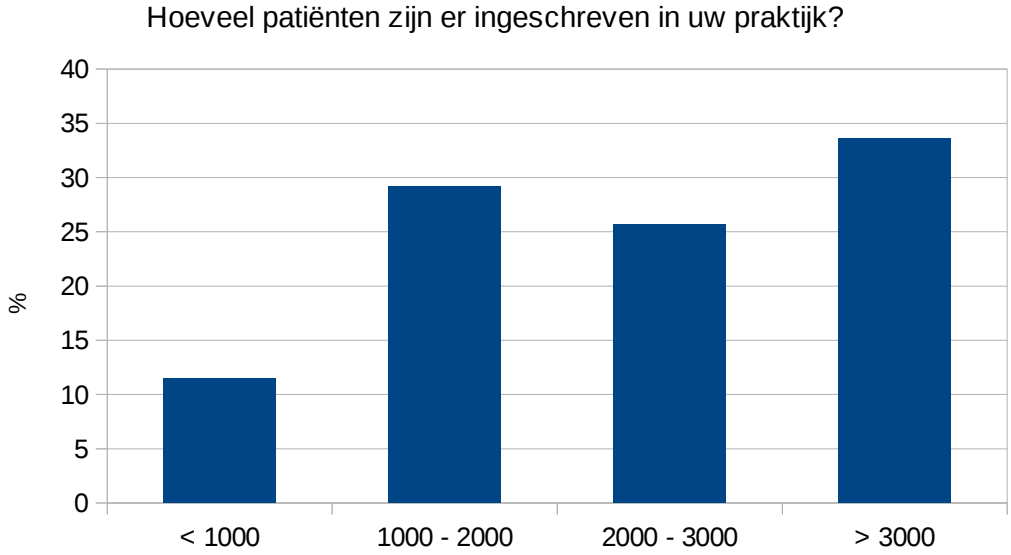


Veruit de grootste groep huisartsen waren werkzaam binnen een groepspraktijk (46.9%):



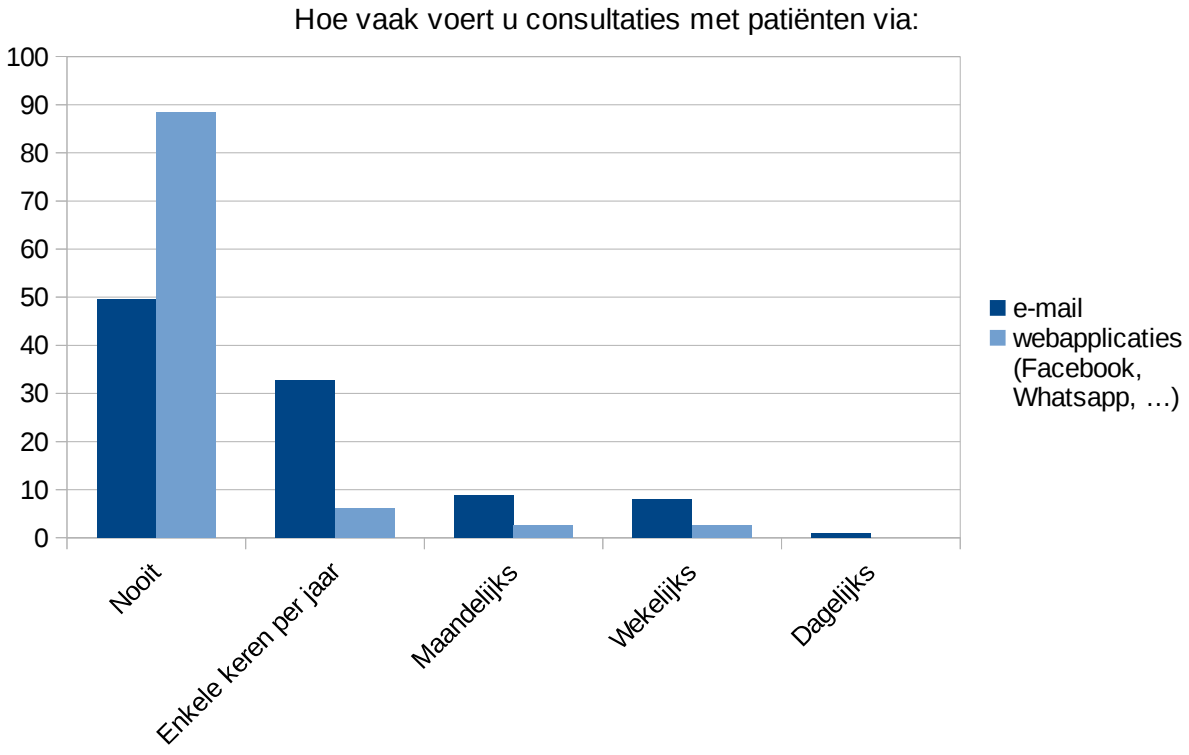
De meeste praktijken werden omschreven als stedelijk gelegen (65.5% stedelijke ligging versus 34.5% rurale ligging).

In overeemstemming met het grote aantal groepspraktijken zien we ook bij de meeste huisartsen een patiëntenbestand van meer dan 3000 patiënten (totale praktijkgrootte):



3.3. Actueel gebruik van digitale communicatievormen

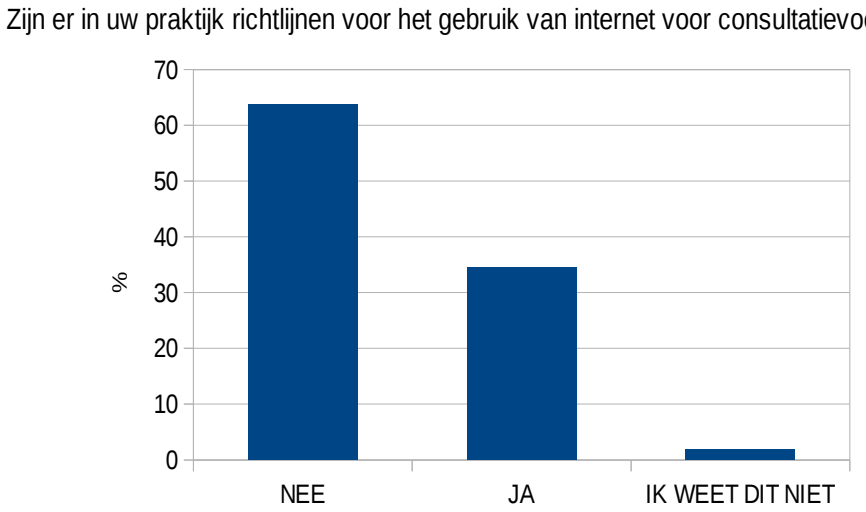
Er werd gevraagd aan huisartsen hoe vaak zij gebruik maken van e-mail of webapplicaties voor consultatievoering. Hiermee wordt bedoeld het bespreken van medisch inhoudelijke vragen, dus niet louter communicatie voor triage. We zien dat slechts een minderheid van de bevraagde huisartsen gebruik maakt van deze communicatievormen:



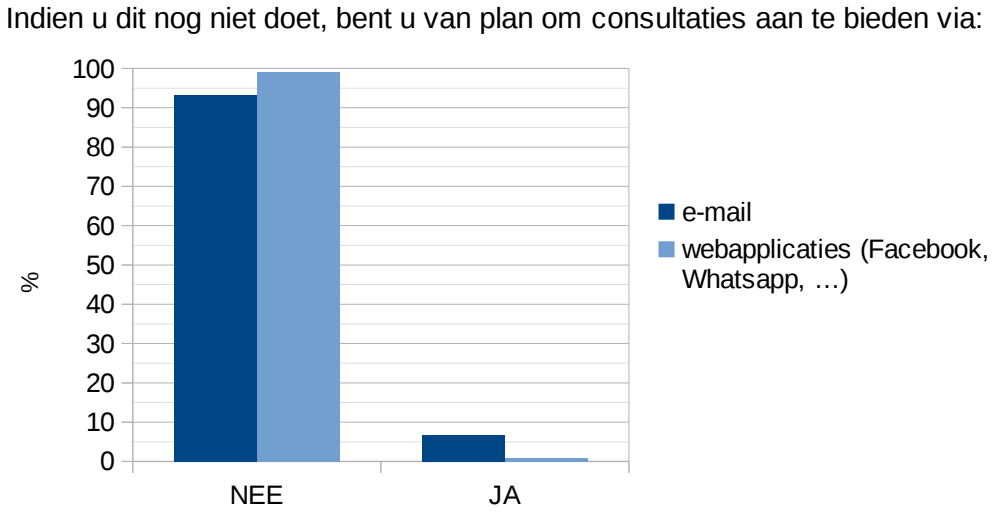
De helft van de respondenten geeft aan nooit gebruik te maken van e-mail voor consultatievoering, en de overgrote meerderheid (88%) maakt ook geen gebruik van overige webapplicaties. Slechts één respondent gaf aan dagelijks consultaties te voeren via e-mail.

Gezien consultatievoering via patiëntenplatformen momenteel niet aangeboden wordt in België, werd dit item niet expliciet bevraagd. Wel werd via een vak voor vrije tekst gevraagd naar eventuele andere vormen van digitale communicatie voor consultatievoering. Hierop werd door één deelnemer (0.9%) geantwoord dat er gebruik gemaakt wordt van videogesprekken via Skype. Nog één andere deelnemer meldde gebruik te maken van SMS.

Een meerderheid van de bevraagde huisartsen stelt dat er geen richtlijnen zijn op praktijkniveau voor het gebruik van digitale communicatie:



Van de huisartsen die momenteel geen gebruik maken van e-mail of webapplicaties heeft de overgrote meerderheid (>93.3%) ook niet de intentie om dit te doen in de nabije toekomst:

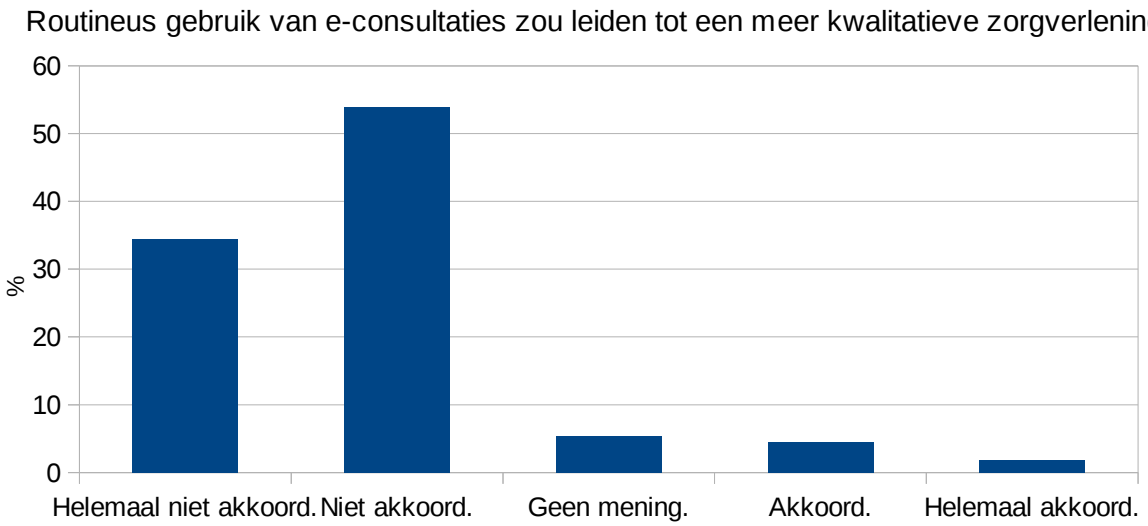


3.4. Percepties bij huisartsen

Percepties bij huisartsen m.b.t. e-consultaties werden bevraagd met behulp van een vijfpunts Likertschaal (helemaal niet akoord – niet akkoord – geen mening – akkoord – helemaal akkoord). De vragenlijst werd beperkt tot een tiental items die in de literatuur door huisartsen vaak als barriere (of net niet) werden aangehaald (zie bijlage D).

De term e-consultatie werd algemeen gedefinieerd als een digitale vorm van consultatievoering met bespreking van medisch inhoudelijke vragen, dus niet louter communicatie voor triage.

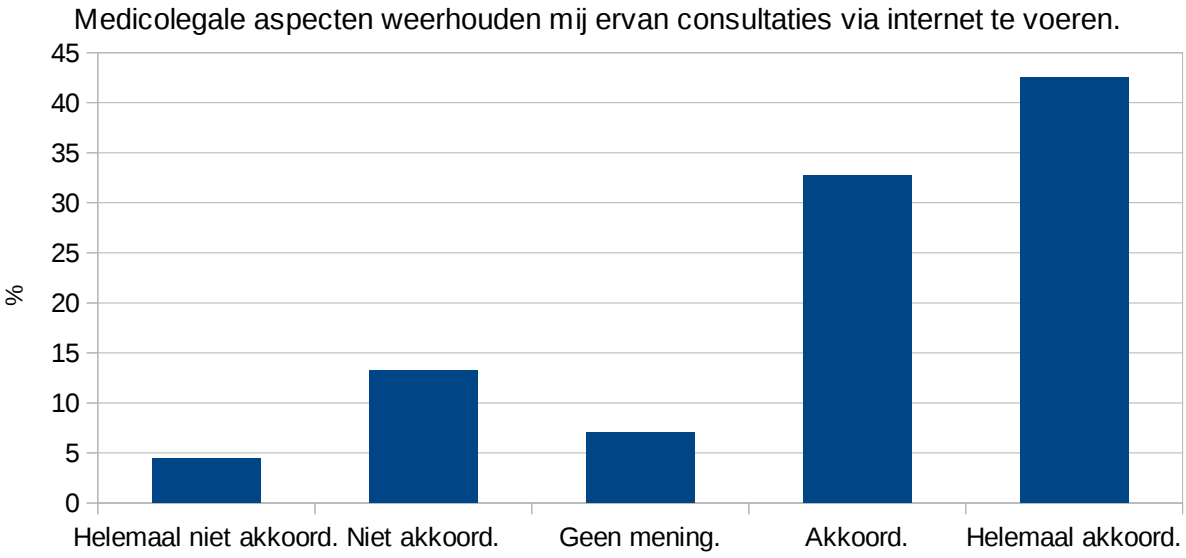
Uit deze enquête komen een aantal duidelijk negatieve percepties naar voor. Zo is een overgrote meerderheid (88%) (helemaal) niet akkoord dat routineus gebruik van e-consultaties zou leiden tot een meer kwalitatieve zorgverlening:



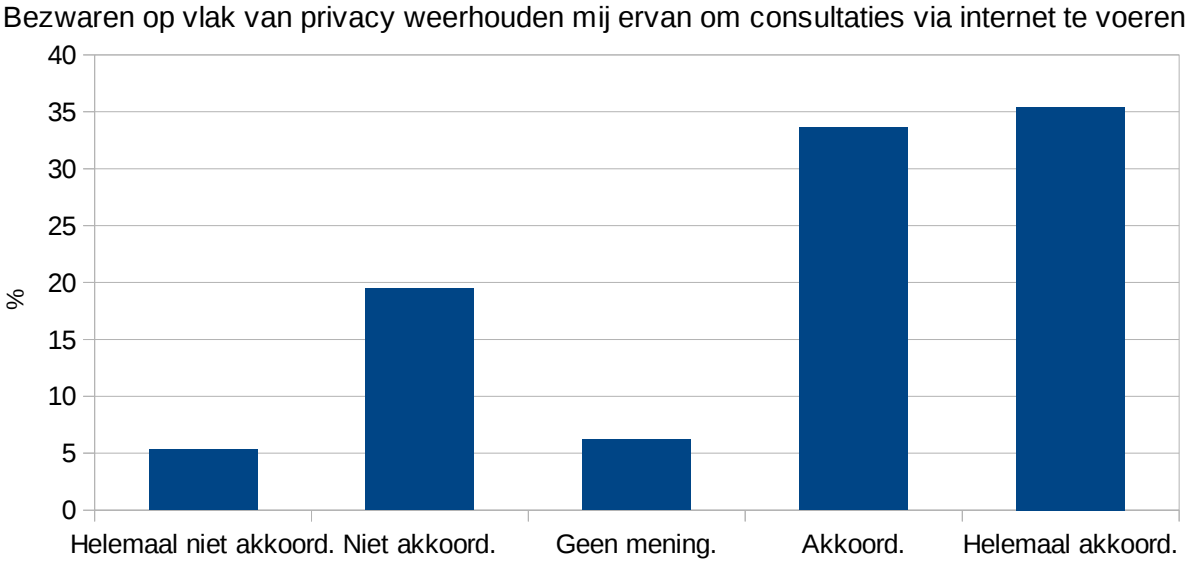
Een vaak terugkomende barrière is de vrees voor een toegenomen werkdruk (zie hierboven). Dit gegeven komt terug in deze enquête: 67% van de respondenten is (helemaal) akkoord dat routineus gebruik van e-consultaties zou leiden tot een toegenomen werkdruk:



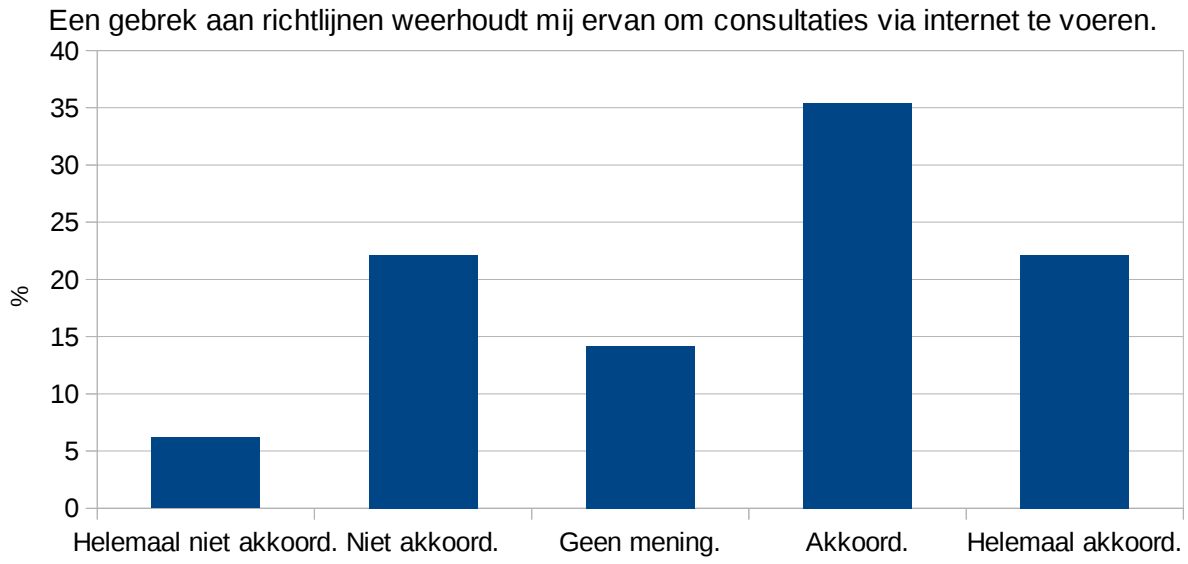
Uit kwalitatief onderzoek zien we dat medicolegale aspecten en bezwaren op vlak van privacy barrières zijn voor het toepassen van e-consultaties. Dit gegeven komt ook uit deze enquête naar voor: bij 75% van de respondenten vormen medicolegale bezwaren een barrière voor het toepassen van e-consultaties.



Een duidelijke meerderheid (65%) geeft bovendien aan bezwaren te hebben op vlak van privacy:



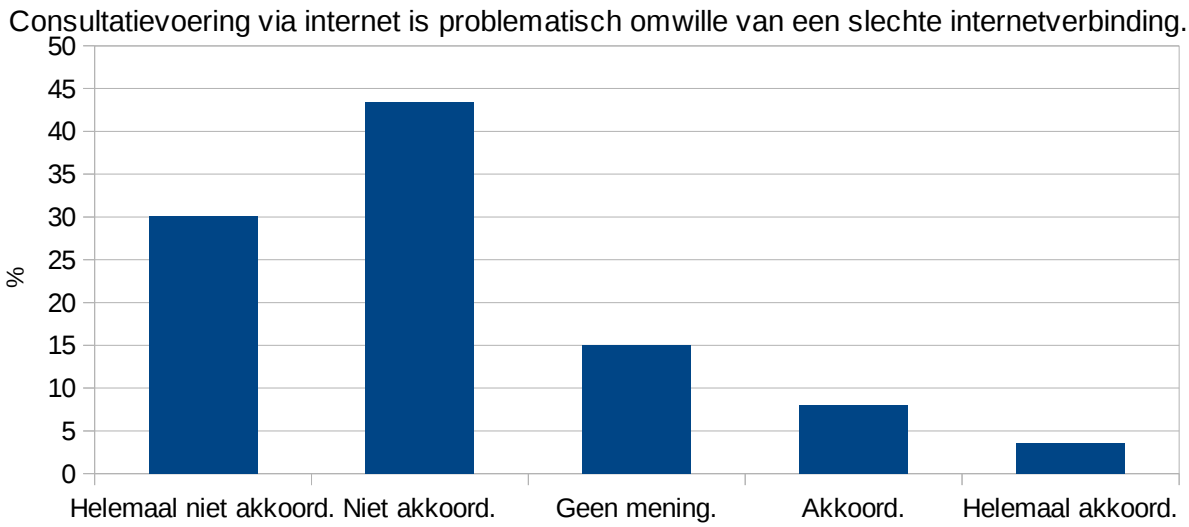
Uit literatuuronderzoek zien we dat bij huisartsen een gebrek aan richtlijnen op praktijkniveau een barrière kan vormen voor het toepassen van e-consultaties. Bovendien bestaan er in België op dit moment geen algemeen geldende richtlijnen voor goede toepassing van e-consultaties. In deze enquête zien we dat een gebrek aan richtlijnen ook een barrière vormt bij een meerderheid (57%) van de ondervraagde huisartsen:



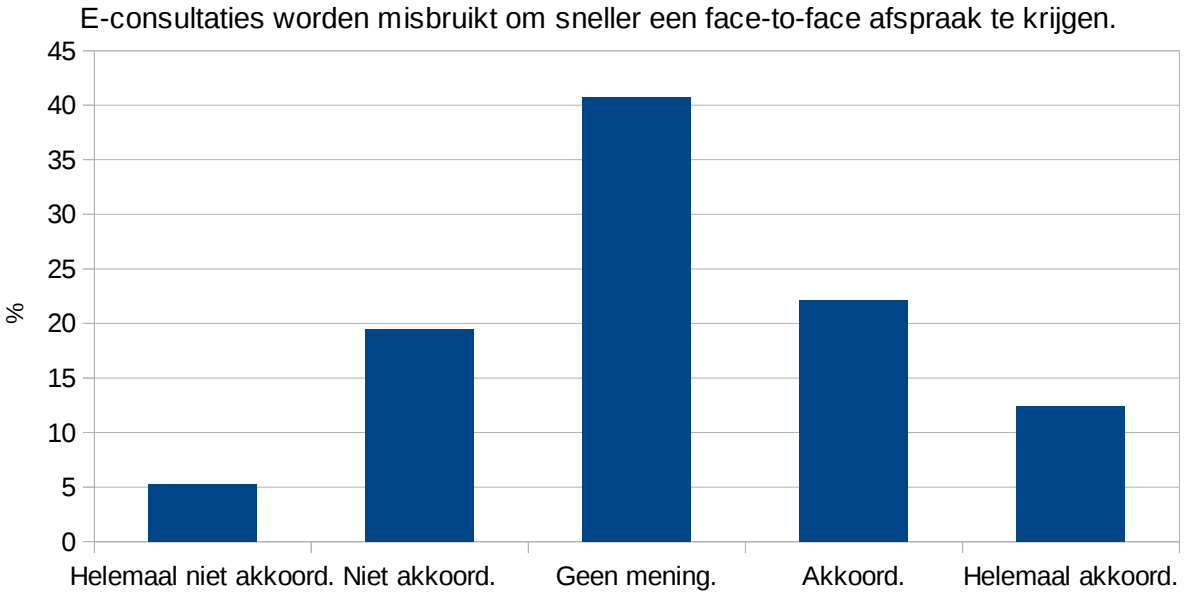
Een bezorgdheid rond het aanbieden van e-consultaties die in voorafgaand kwalitatief onderzoek geuit werd door huisartsen, is het toenemen van de gezondheidskloof tussen verschillende sociaal-economische klassen(4). In deze enquête komt er rond dit punt geen duidelijke meerderheid naar voor:



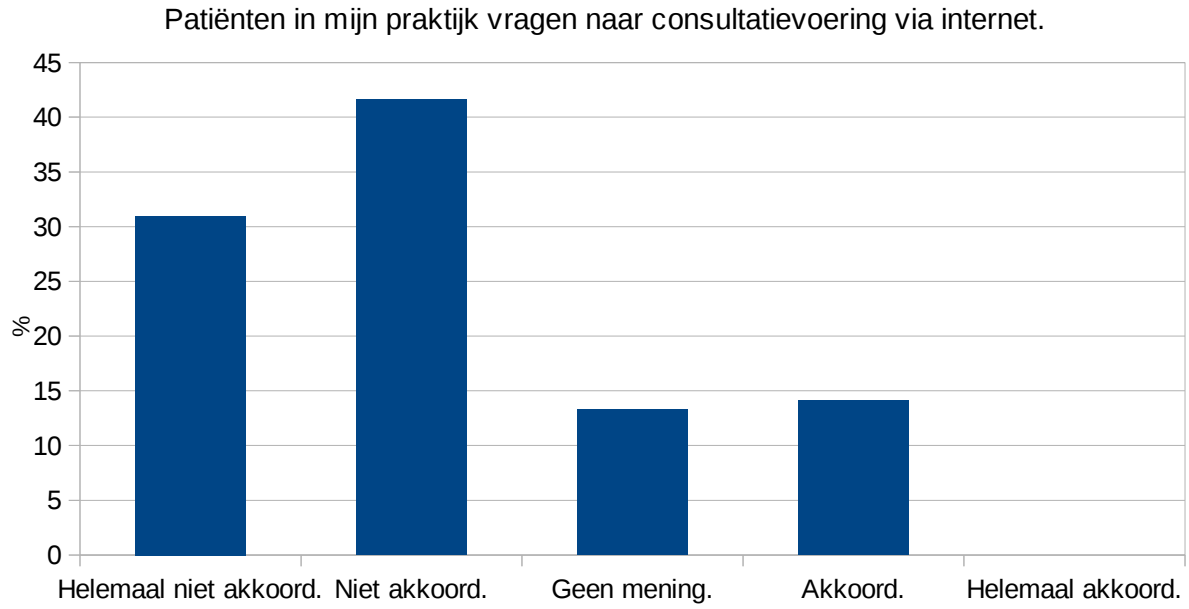
Praktische bezwaren zoals een gebrekkige internetverbinding werden eveneens aangetroffen in de literatuur. Een duidelijke meerderheid (73%) in deze enquête gaf echter aan dat een gebrekkige internetverbinding voor hen geen probleem vormt:



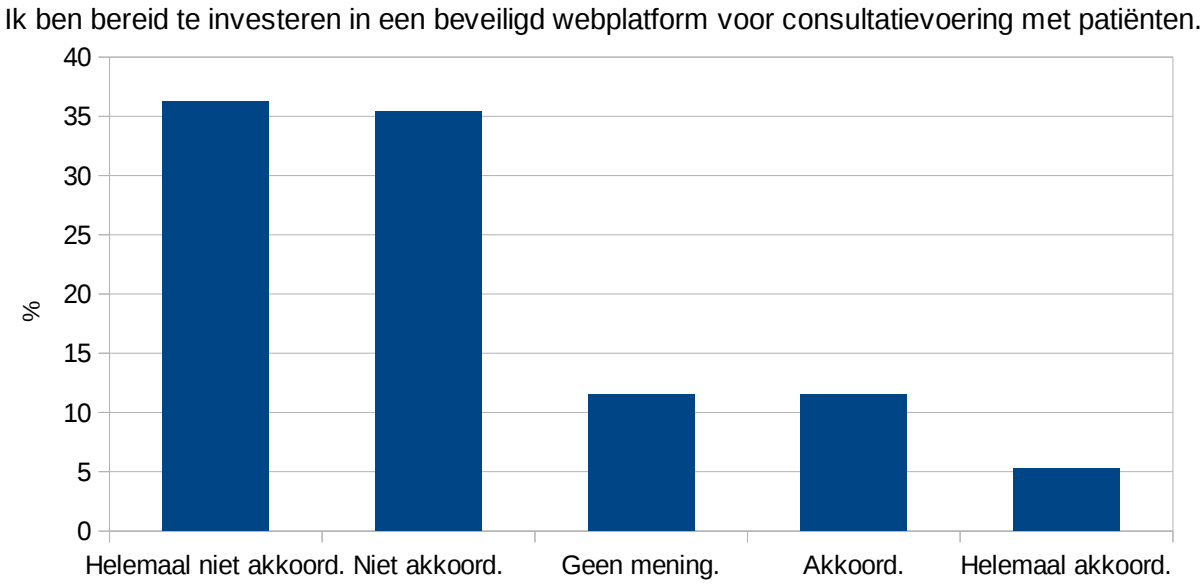
In de literatuur zien we bij huisartsen die reeds gebruik maken van non-face-to-face communicatie een bijkomend praktisch bezwaar: patiënten misbruiken de alternatieve communicatiekanalen om sneller een klassieke face-to-face afspraak te krijgen(1). Als we dit bevragen bij Vlaamse huisartsen krijgen we een gemengde respons:



In de literatuur zien we dat de vraag vanwege patiënten naar alternatieve communicatievormen een belangrijke drijfveer is voor het introduceren van e-consultaties(38). Een belangrijk deel van de respondenten in deze enquête (73%) geeft echter aan dat deze vraag bij hen ontbreekt:



Tot slot merken we dat de negatieve percepties rond e-consultaties zich niet verwonderlijk vertalen in slechts een beperkt aantal huisartsen die bereid zijn hierin te investeren. Slechts 17% is bereid om te investeren in een beveiligd webplatform.



Aan het einde van de enquête werd een vak voorzien waar men eventuele commentaren of opmerkingen kon achterlaten. Naast de hierboven vermelde percepties was het gebrek aan een financiële vergoeding een vaak voorkomend bezwaar voor het uitvoeren van non-face-to-face consultaties. Ook dit gegeven werd herhaaldelijk in deliteratuur beschreven.(1)

3.5. Bespreking resultaten

De demografische gegevens tonen een ongelijkmatige verdeling wat de leeftijd van de respondenten betreft: we zien een opvallend grote groep jonge huisartsen (25-34j) (40.7%). Deze leeftijdsverdeling komt niet overeen met de situatie in werkelijkheid: een recent rapport van het federale artsenkadaster stelt nog dat amper iets meer dan een kwart (28%) van de huisartsen jonger is dan 45 jaar.(39) We bemerken ook een disproportioneel groot aantal vrouwelijke respondenten (60.2% t.o.v. de gerapporteerde 40.1% in het federale artsenkadaster (2017)(40)). Dit laatste kan mogelijk verklaard worden door de huidige neiging tot vervrouwelijking van het vak: in 2017 waren 65.9% van de HAIO's vrouwelijk.(40) In overeenstemming met deze resultaten zien we een grote groep artsen met niet meer dan 10 jaar praktijkervaring (42.5%). Tevens zien we dat de meeste deelnemers aangeven te werken in een groepspraktijk (46.9%), alsook dat hun praktijk eerder stedelijk gelegen is (65.5%).

Uit onderzoek zien we dat e-mail voor communicatie tussen arts en patiënt vaker gebruikt wordt door jonge artsen, in grote groepspraktijken en in stedelijke gebieden.(33) Op basis van demografische gegevens van deze enquête verwachten we dus eerder een overschatting van het gebruik van digitale communicatie. Mogelijk is er een zekere graad van selectie bias, gezien potentiële deelnemers gecontacteerd werden via e-mail. Een bijkomende limitatie van deze studie is dat het totaal aantal bereikte huisartsen ongekend is. Bij het verspreiden van de online enquête werden alle huisartsenkringen in Vlaanderen met een publiek e-mailadres gevraagd om een uitnodiging tot deelname te verspreiden onder de leden van de kring. Hoeveel huisartsenkringen dit effectief gedaan hebben, en bijgevolg het aantal huisartsen die op deze manier bereikt werd, valt niet te achterhalen. We kunnen echter vermoeden dat het aantal bereikte huisartsen vele malen groter is dan het aantal respondenten. Er is dus mogelijk ook een "self-selection bias" aanwezig.

In deze enquête zien we dat een overgrote meerderheid van de huisartsen zelden tot nooit gebruik maakt van e-mail voor consultatievoering. Hetzelfde geldt, zij het in nog sterkere mate, voor communicatie via webapplicaties zoals Facebook of Whatsapp. Slechts een enkeling gaf aan gebruik te maken van videogesprekken. Rekening houdend met de hierboven gemaakte bemerking dat dit waarschijnlijk een overschatting betreft, kunnen we algemeen stellen dat het actueel gebruik van digitale communicatie voor consultatievoering in Vlaanderen extreem laag is. Dit kan deels verklaard worden door een eerder afkeurend deontologisch kader, het ontbreken van een aanbod aan softwarepaketten om e-consultaties te voorzien, alsook het ontbreken van initiatieven om gebruik hiervan aan te moedigen. Desalniettemin zien we dat in sommige landen waar deze barrières niet aanwezig zijn (bv. Nederland, Verenigd Koninkrijk), uptake toch disproportioneel laag blijft.

Zoals hierboven beschreven is de introductie van e-consultaties een complexe interventie. Dit betekent dat we sterk rekening moeten houden met de context waarbinnen deze interventie zal plaatsvinden. Een recente zeer uitgebreide review van de literatuur situeerde de belangrijkste potentiële barrières voor non-face-to-face communicatie binnen een drietal domeinen die betrekking hebben op de algemene werking en organisatie van de gezondheidszorg. Een aantal specifieke barrières werden bevraagd in deze enquête. De resultaten hiervan lijken de resultaten van vorige studies te bevestigen. Er heerst bij huisartsen een vrij negatief beeld rond digitale communicatievormen. De reeds besproken bezwaren op vlak van werkdruk, medicolegale aspecten, privacy, bezoldiging en het gebrek aan richtlijnen komen ook in deze enquête duidelijk naar boven. Logistieke problemen zoals bijvoorbeeld een gebrekkige internetverbinding zouden volgens de bevraagde huisartsen dan weer geen probleem vormen. Een bezwaar die aangehaald werd in de literatuur is de potentiële toename van de gezondheidskloof tussen verschillende sociaal-economische klassen, maar hieromtrent komt in deze enquête geen eenduidige perceptie naar voor. Hetzelfde geldt voor de eerder beschreven vrees voor misbruik van non-face-to-face communicatie om sneller een face-to-face gesprek te krijgen.

We merken dat opvallend weinig huisartsen aangeven dat er bij hun patiënten vraag is naar consultatievoering via internet. Dit staat in contrast met voorgaand onderzoek in buurlanden zoals Nederland. Daar ziet men bijvoorbeeld dat iets meer dan vier op tien patiënten wel degelijk geïnteresseerd is in online contactmogelijkheden.(2) Onderzoek toonde bovendien aan dat ook patiënten enkele duidelijke voordelen kunnen ervaren(1).

Hoewel huisartsen enkele duidelijke rationales aanhalen voor het invoeren van non-face-to-face communicatie (zie literatuurstudie), zien we in deze enquête dat een overweldigende meerderheid van de deelnemers niet gelooft dat gebruik van e-consultaties de kwaliteit van zorgverlening zou verbeteren. Bovendien zien we ook in deze enquête dat de verwachte kostprijs voor het introduceren van e-consultaties een belangrijke barrière vormt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een grote meerderheid van de bevraagde huisartsen niet bereid is om te investeren in bijvoorbeeld een veilig webplatform voor digitale communicatie.

4. Besluit

Een literatuurstudie toont aan dat actueel gebruik van e-consultaties sterk wisselt van land tot land. In het Verenigd Koninkrijk en in Nederland zien we dat praktische toepassing zeer beperkt is, ondanks verschillende initiatieven om dit aan te moedigen. Een enquête bij huisartsen toont aan dat ook in Vlaanderen het gebruik van digitale communicatie voor consultatievoering zeer beperkt is. Dit kan deels verklaard worden door een eerder afkeurend deontologisch kader, het ontbreken van een aanbod aan softwarepaketten om e-consultaties te voorzien, alsook het ontbreken van initiatieven om gebruik hiervan aan te moedigen. Desalniettemin zien we dat in sommige landen waar deze barrières niet aanwezig zijn (bv. Nederland, Verenigd Koninkrijk), uptake toch disproportioneel laag blijft.

Zowel in de literatuurstudie als in de enquête zien we dat heel wat huisartsen zeer negatieve percepties of barrières rapporteren. In de literatuurstudie beschreven we hoe deze barrières kunnen plaatsen binnen een breder contextueel kader. Gezien de complexiteit van de interventie zullen we steeds met contextuele factoren rekening moeten houden bij het bestuderen van eventuele effecten van e-consultaties.

Op dit moment is er nog geen duidelijke evidentie voor enig effect van e-consultaties, deels door een gebrek aan (kwaliteitsvol) onderzoek, deels door wisselende resultaten. Het is dan ook op dit moment onmogelijk hieromtrent aanbevelingen te doen. Wel zal binnen de huidige context verdere uptake door huisartsen vermoedelijk laag blijven. Dit bemoeilijkt uiteraard het verdere bestuderen van eventuele effecten van non-face-to-face communicatie.

Er resteren dan ook nog meerdere potentiële onderzoeksvragen(1):

- Heeft non-face-to-face communicatie duidelijk aantoonbare voordelen of nadelen voor arts of patiënt?
- Is het mogelijk om uptake van non-face-to-face communicatie te bevorderen?
- Wat is de impact van non-face-to-face communicatie op werkdruk?
- Wat is de impact van non-face-to-face communicatie op kwaliteit van zorgverlening en veiligheid voor de patiënt?
- In welke omstandigheden en voor welke patiënten is non-face-to-face communicatie het meeste geschikt?

5. Referenties

1. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. The potential of alternatives to face-to-face consultation in general practice, and the impact on different patient groups: a mixed-methods case study [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [cited 2018 Oct 21]. (Health Services and Delivery Research). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507060/

2. Wouters M, Swinkels I, van Lettow B, de Jong J, Sinnige J, Brabers A, et al. E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. [Internet]. Nictiz en het Nivel; Available from: https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/11/eHealth-monitor_2018_digitaal.pdf

3. NHS England. GP Access Fund [Internet]. [cited 2018 Nov 11]. Available from: https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/redesign/improving-access/gp-access-fund/

4. 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. 2016 Jul;66(648):e460-466.

5. Jansen P. Implementatie van e-consult in de praktijk. Huisarts en Wetenschap [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 27];49. Available from: https://www.henw.org/archief/volledig/id681-implementatie-van-e-consult-in-de-praktijk.html

6. Van Meersbergen DYA. Richtlijn online arts-patient contact. Herziene versie. KNMG, Utrecht.; 2007.

7. NHG, LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. [Internet]. 2012. Available from: https://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf

8. Schreuder C. eConsult bij de huisarts, van belofte naar praktijk. [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 18]. Available from: http://kennismagazine.nictiz.nl/econsult-bij-de-huisarts#!/actieagenda

9. De Jong M, Stuart E, Faber M. E-Consult hoe regelen we dat? Handboek voor huisartsenpraktijken. [Internet]. [cited 2018 Nov 18]. Available from: https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Handboek_econsult_pc.pdf

10. Wouters M, Swinkels I, Sinnige J, de Jong J, Brabers A, van Lettow B, et al. Kies bewust voor eHealth. eHealth-monitor 2017. [Internet]. Nictiz en het Nivel; 2017. Available from: https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/1_eHealth-monitor-2017.pdf

11. Kierkegaard P. eHealth in Denmark: a case study. J Med Syst. 2013 Dec;37(6):9991.

12. Bertelsen P, Stub Petersen L. Danish Citizens and General Practitioners' Use of ICT for their Mutual Communication. Stud Health Technol Inform. 2015;216:376–9.

13. Pearl R. Kaiser Permanente Northern California: Current Experiences With Internet, Mobile, And Video Technologies. Health Affairs. 2014 Feb;33(2):251–7.

14. Kane B, Sands DZ. Guidelines for the clinical use of electronic mail with patients. The AMIA Internet Working Group, Task Force on Guidelines for the Use of Clinic-Patient Electronic Mail. J Am Med Inform Assoc. 1998 Feb;5(1):104–11.

15. Bogaers K. Telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk: kan de telefoondruk verminderen door online contactmogelijkheden? ICHO masterproef; 2016.

16. Veryser E. De telefoon, een noodzakelijk kwaad. Kwaliteitsverbeterend onderzoek naar het verminderen van de telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk. ICHO masterproef; 2017.

17. Newhouse N, Lupiáñez-Villanueva F, Codagnone C, Atherton H. Patient Use of Email for Health Care Communication Purposes Across 14 European Countries: An Analysis of Users According to Demographic and Health-Related Factors. Journal of Medical Internet Research. 2015 Mar 6;17(3):e58.

18. Verburgh C. Communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt: hoe kan het beter? ICHO masterproef; 2018.

19. Koong AYL, Koot D, Eng SK, Purani A, Yusoff A, Goh CC, et al. When the phone rings - factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015 Sep 2;16:114.

20. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. Fam Pract. 1996 Apr;13(2):166–9.

21. Brabers A, Reitsma-van Rooijen M. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten over telefonische bereikbaarheid. Huisarts & Wetenschap. 54(5):265.

22. de Groot R, de Haan J, Bosveld H, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts & Wetenschap. 2001;2001(1):16–7.

23. Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH, Cole PM, Holloway RL. Office telephone calls in family practice. J Fam Pract. 1984 Apr;18(4):609–13, 616.

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

25. Van Roy K. Het gebruik van elektronische patiëntenportalen : een literatuurstudie over de ervaringen van patiënten en artsen. Huisarts Nu. 2017;46(1):4–9.

26. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. British Journal of General Practice. 2018 Apr;68(669):e293–300.

27. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. Journal of Health Services Research & Policy. 2005 Jul;10(1_suppl):21–34.

28. Kaplan B, Harris-Salamone KD. Health IT success and failure: recommendations from literature and an AMIA workshop. J Am Med Inform Assoc. 2009 Jun;16(3):291–9.

29. Halford S, Lotherington AT, Obstfelder A, Dyb K. GETTING THE WHOLE PICTURE?: New information and communication technologies in healthcare work and organization. Information, Communication & Society. 2010 Apr;13(3):442–65.

30. Nijland N, van Gemert-Pijnen JEWC, Boer H, Steehouder MF, Seydel ER. Increasing the use of e-consultation in primary care: results of an online survey among non-users of e-consultation. Int J Med Inform. 2009 Oct;78(10):688–703.

31. Hanna L, May C, Fairhurst K. The place of information and communication technology-mediated consultations in primary care: GPs' perspectives. Fam Pract. 2012 Jun;29(3):361–6.

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

33. Antoun J. Electronic mail communication between physicians and patients: a review of challenges and opportunities. Fam Pract. 2016 Apr;33(2):121–6.

34. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. JAMA Intern Med. 2013 Jan 14;173(1):72–4.

35. Orde der Artsen. Artsen en digitale media - Advies [Internet]. www.ordomedic.be. [cited 2018 Dec 15]. Available from: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/artsen-en-digitale-media

36. Schwamm LH. Telehealth: seven strategies to successfully implement disruptive technology and transform health care. Health Aff (Millwood). 2014 Feb;33(2):200–6.

37. Atherton H, Pappas Y, Heneghan C, Murray E. Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e760-767.

38. Bishop TF, Press MJ, Mendelsohn JL, Casalino LP. Electronic communication improves access, but barriers to its widespread adoption remain. Health Aff (Millwood). 2013 Aug;32(8):1361–7.

39. Weinig jonge huisartsen. Huisarts Nu [Internet]. 2015 mei [cited 2019 Jan 26]; Available from: https://domusmedica.be/actueel/weinig-jonge-huisartsen

40. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2017 en instroom 2017. federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.;

6. Bijlage A: goedkeuring ethisch comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0456	12-jun-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het e-consult: een exploratief onderzoek naar percepties van huisartsen. MaNaMa Chris Van Baeten

Belgisch Registratienummer: B670201836658

Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers via mail Dr. C. Van Baeten dd 30/05/2018 (ontv 31/05/2018) op opmerkingen EC dd 25/04/2018
* Begeleidende brief dd. 8/05/2018 bij antwoord onderzoeker
* Adviesaanvraagformulier dd. 29/05/2018 (versie 2)
* Rekruteringsmateriaal e-mail, (versie 2) dd. 8/05/2018
* Informatieformulier online (versie 2) dd. 8/05/2018
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier voor schriftelijke toestemming (versie 2) dd. 8/05/2018
* Vragenlijsten (versie 2) dd. 8/05/2018

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 4/06/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/06/2019, 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 4/06/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/06/2019, 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)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0456	12-jun-18	Zie "CC"

- *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

7. Bijlage B: protocol enquête

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

HET E-CONSULT: EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR PERCEPTIES VAN HUISARTSEN.

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. MYRIAM DEVEUGELE
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSZORG
  HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 21 82
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: MYRIAM.DEVEUGELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: HANNE CREUPELANDT
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSZORG
- HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: HANNE.CREUPELANDT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: INGRID GALLE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSZORG
- HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
-
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: INGRID.GALLE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): AN DE SUTTER

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

- NAAM: CHRIS VAN BAETEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0497 63 32 38
- E-MAIL: CHRIS.VANBAETEN@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: GREET DE MUNTER
- ADRES: HOOGSTRAAT 29B, 9340 LEDE
- TELEFOONNUMMER: 053 80 16 87
- E-MAIL: DOKTERSMOLENPAD@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: NVT
- NAAM ONDERZOEKER: NVT
- DATUM GOEDKEURING: NVT (KOPIE TOEVOEGEN)

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

- START ONDERZOEK: 01/05/2018 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/09/2019

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,…
    - ☑ VRAGENLIJST

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 vergrijzing en een verschuiving in het zorglandschap van acute naar chronische zorg leiden tot een steeds toenemende werkdruk bij de huisarts. Om hieraan tegemoet te komen, wordt tegenwoordig wereldwijd van op beleidsniveau nagedacht over alternatieve (digitale) vormen van consultatievoering, oftewel e-consultaties. Het doel hierbij is het ontwikkelen van een meer efficiënte manier van communicatie zodat bereikbaarheid kan toenemen en tegelijkertijd de werkdruk bij de (huis-)arts kan afnemen. Hoewel de voordelen van digitale consultatievoering aannemelijk lijken, is hier tot op vandaag weinig evidentie voor. In andere (EU-)landen is men reeds enkele jaren aan het experimenteren met e-consultaties, maar de opname hiervan door huisartsen is voorlopig eerder teleurstellend. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat er bij huisartsen op dit vlak eerder negatieve percepties aanwezig zijn.

Op het moment van schrijven zijn er vooralsnog geen studies gebeurd rond dit thema bij Vlaamse huisartsen. In België zijn er geen commerciële webtoepassingen beschikbaar die veilige communicatie tussen huisarts en patiënt toelaten. Toch beschikken zowat alle huisartsen en patiënten tegenwoordig over een e-mailadres. Vermoedelijk vindt er dan ook heel wat informele communicatie plaats via e-mail.

Rekening houdend met de hierboven beschreven tendensen, is het interessant om na te gaan in welke mate internet gebruikt wordt in de Vlaamse huisartsenpraktijk en wat de ervaringen zijn bij huisartsen. Tevens is het interessant om na te gaan hoe huisartsen staan tegenover toekomstige routineuze digitale communicatie, zij het via e-mail of via beveiligde webtoepassingen.

Om dit na te gaan wordt met behulp van een online vragenlijst bij huisartsen gepeild naar hun percepties over deze thema's. Voor het maken van een online vragenlijst zal er gebruik gemaakt worden van Google Forms. Deze vragenlijst is toegevoegd in bijlage. Huisartsen zullen gerekruteerd worden via e-mail. E-mailadressen zullen verkregen worden via de sneeuwbalmethode of via publieke gegevens.

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 (VUL UNIVERSITEIT AAN) 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 ?

☐ JA
☒ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: MAXIMAAL 300 PROEFPERSONEN.

D. LEEFTIJD : 25+ (GEEN BOVENGRENS ZOLANG DE HUISARTS NOG IN DE PRAKTIJK STAAT).

E. GESLACHT : M/V

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA E-MAIL. ZIE BIJLAGE VOOR REKRUTERINGSMATERIAAL.

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 ? REKRUTERING EN UITEENZETTING GEBEURT VIA E-MAIL (ZIE BIJLAGE VOOR REKRUTERINGSMATERIAAL). MONDELINGE UITEENZETTING BIJ HUISARTSEN WORDT OMWILLE VAN PRAKTISCHE REDENEN NIET UITGEVOERD.

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 ? NEEN

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

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ? NVT

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ☒ JA
- ☐ 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

UGENT 'NO FAULT'-VERZEKERING

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

JA, GELIJKAARDIG ONDERZOEK WERD O.A. UITGEVOERD IN HET VERENIGD KONINKRIJK. RESULTATEN TOONDEN DAAR EEN VRIJ LAAG GEBRUIK VAN E-CONSULTATIES, GEKOPPELD AAN NEGATIEVE PERCEPTIES BIJ HUISARTSEN. GEZIEN DE SITUATIE IN VLAANDEREN ACTUEEL 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) NVT, ER WORDT GEEN PREPARAAT GEBRUIKT.

….

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

☐ JA
☒ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? NVT, HET BETREFT EEN VRAGENLIJST BIJ HUISARTSEN.

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ? NVT, HET BETREFT EEN VRAGENLIJST BIJ HUISARTSEN.

☐ 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, HET BETREFT EEN VRAGENLIJST BIJ HUISARTSEN.

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? NVT, HET BETREFT EEN VRAGENLIJST BIJ HUISARTSEN.

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 ?

HET BEOOGDE VOORDEEL IS HET VERWERVEN VAN INZICHT IN HET HUIDIG GEBRUIK VAN INTERNET VOOR CONSULTATIEVOERING, ALSOOK DE PERCEPTIES VAN HUISARTSEN OMTRENT TOEKOMSTIG GEBRUIK VAN E-CONSULTATIES. DIT LEGT EEN BASIS VOOR EVENTUEEL VERDER ONDERZOEK.

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 ?

NVT, HET BETREFT EEN VRAGENLIJST BIJ HUISARTSEN.

☐ 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 : VRAGENLIJST

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 : 29/05/18
NAAM : Van Baeten Chris
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 29/5/2018
NAAM : Prof dr. N. Devroey
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

8. Bijlage C: rekruteringsmateriaal (e-mail)

Beste collega,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde heb ik een online enquête gemaakt die bij huisartsen peilt naar het officieus gebruik van e-mail of andere webtoepassingen voor communicatie tussen arts en patiënt.

Met behulp van deze vragenlijst wil ik bij huisartsen naast het actueel gebruik ook de heersende percepties rond communicatie via internet in kaart brengen.

Het invullen van de vragenlijst neemt niet meer dan 10 minuten van uw tijd in beslag.

U kunt ze vinden via:

https://goo.gl/forms/qr6gvDSTnvG8sl3X2

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Chris Van Baeten
Promotor: prof. dr. Myriam Deveugele (UGent)
Co-promotoren: Hanne Creupelandt (UGent) en Ingrid Galle (UGent)

9. Bijlage D: vragenformulier



Het e-consult: status en perspectieven voor de toekomst.

Beste collega,

De vergrijzing en een verschuiving in het zorglandschap van acute naar chronische zorg leiden tot een steeds toenemende werkdruk bij de huisarts. Om hieraan tegemoet te komen, wordt tegenwoordig wereldwijd van op beleidsniveau nagedacht over alternatieve (digitale) vormen van consultatievoering: e-consultaties.

Het doel hierbij is het ontwikkelen van een meer efficiënte manier van communicatie, zodat bereikbaarheid kan toenemen en tegelijkertijd de werkdruk bij de (huis-)arts kan afnemen. Hoewel de voordelen van digitale consultatievoering aannemelijk lijken, is hier tot op vandaag weinig evidentie voor.

In België zijn er op dit moment geen commerciële webtoepassingen beschikbaar die een beveiligde consultatievoering tussen huisarts en patiënt mogelijk maken. Toch beschikken zowat alle huisartsen en patiënten tegenwoordig over een e-mailadres. Vermoedelijk vindt er dan ook heel wat informele communicatie plaats via e-mail.

Met behulp van de onderstaande vragenlijst willen we dit informeel gebruik van e-mail of andere webtoepassingen (zoals bv. Facebook) in kaart brengen. Tevens willen we een beeld krijgen van de percepties van huisartsen omtrent consultatievoering via internet.

Deze vragenlijst neemt niet langer dan tien minuten van uw tijd om in te vullen. Probeer iedere vraag in te vullen. Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Gelieve de vragenlijst niet meer dan 1 maal in te vullen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw deelname!

Chris Van Baeten (UGent)
promotor: prof. dr. Myriam Deveugele (UGent)
co-promotoren: Hanne Creupelandt (UGent) en Ingrid Galle (UGent).

NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

Het e-consult: status en perspectieven voor de toekomst.

* Required

Geïnformeerde toestemming

1. Deelname en beëindiging
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk voordeel. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts. Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

2. Procedure en studieverloop:
Het betreft een online vragenlijst. Dataverzameling verloopt tot uiterlijk 01/09/2019.

3. Risico's en voordelen:
Er wordt geen onmiddellijk voordeel verwacht. Er zijn geen verwachte risico's.

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's, nadelen van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt 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. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

4. Kosten:
Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

5. Vergoeding:
Er is geen vergoeding voor deelname.

6. Vertrouwelijkheid:
In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot uw dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt u in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier). Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

7. Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:
De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

8. Contactpersoon:
Als er letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Chris Van Baeten
chris.vanbaeten@ugent.be

Naam:

Your answer

*

○ Ik ben meerderjarig en verklaar dat ik voldoende geïnformeerd werd en akkoord ben de vragenlijst in te vullen.

BACK NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

Het e-consult: status en perspectieven voor de toekomst.

* Required

1. Demografische gegevens

Geslacht *

- M
- V

Leeftijd

- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55+

Hoeveel jaar bent u reeds praktiserend huisarts? *

- 0-10j
- 10-20j
- 20-30j

In welk type praktijk bent u aan het werk? *

- Solopraktijk
- Duopraktijk
- Groepspraktijk
- Netwerkpraktijk
- Multidisciplinaire praktijk
- Wijkgezondheidscentrum

Is uw praktijk ruraal of stedelijk gelegen? *

- Ruraal
- Stedelijk

Hoeveel patiënten zijn er ingeschreven in uw praktijk? *

- < 1000
- 1000 - 2000
- 2000 - 3000
- > 3000

BACK NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

Het e-consult: status en perspectieven voor de toekomst.

* Required

2. Gebruik van internet voor consultaties.

In dit onderdeel wordt er gepeild naar het gebruik van internet voor consultatievoering.

Opgepast! Met consultatievoering bedoelen we het beantwoorden van medisch inhoudelijke vragen op vlak van diagnose of therapeutisch beleid. (m.a.w. niet louter het maken van een afspraak of het doorsturen van resultaten).

Hoe vaak voert u consultaties met patiënten via: *

	Nooit	Enkele keren per jaar	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
E-mail					
Webapplicaties (Facebook, Whatsapp, ...)					

Indien u dit nog niet doet, bent u van plan om consultaties aan te bieden via e-mail?

- JA
- NEE

Indien u dit nog niet doet, bent u van plan om consultaties aan te bieden via webapplicaties (Facebook, Whatsapp)?

- ○ JA
- ○ NEE

Zijn er in uw praktijk richtlijnen voor het gebruik van internet voor consultatievoering? *

- ○ JA
- ○ NEE
- ○ IK WEET DIT NIET

Voert u soms op een andere manier non-face-to-face consultaties, dus zonder dat u de patiënt in levende lijve ontmoet, met uitsluiting van telefonische gesprekken? *

- ○ JA
- ○ NEE

Indien u bij de vorige vraag "JA" hebt geantwoord, graag hieronder specifiëren:

Your answer

BACK NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

Het e-consult: status en perspectieven voor de toekomst.

3. Percepties bij huisartsen.

Hieronder volgen enkele stellingen rond het gebruik van e-consultaties.

Het begrip "e-consultatie" dient binnen de context van deze vraagstelling geïnterpreteerd te worden als iedere vorm van consultatievoering via internet, met uitzondering van videogesprekken of telefonie.

Opgepast! Met consultatievoering bedoelen we het beantwoorden van medisch inhoudelijke vragen op vlak van diagnose of therapeutisch beleid. (m.a.w. niet louter het maken van een afspraak of het doorsturen van resultaten).

In welke mate bent u akkoord met onderstaande uitspraken?

	Helemaal niet akkoord.	Niet akkoord.	Geen mening.	Akkoord.	Helemaal akkoord.
Routineus gebruik van e-consultaties zou leiden tot een meer kwalitatieve zorgverlening.	○	○	○	○	○
Patiënten in mijn praktijk vragen naar consultatievoering via internet.	○	○	○	○	○
Routineus gebruik van e-consultaties zou leiden tot een toegenomen werkdruk.	○	○	○	○	○
E-consultaties worden misbruikt om sneller een face-to-face afspraak te krijgen.	○	○	○	○	○
Consultatievoering via internet is problematisch omwille van een slechte internetverbinding.	○	○	○	○	○
Routineus gebruik van e-consultaties zou de gezondheidskloof tussen verschillende socio-economische klassen doen vergroten.	○	○	○	○	○
Medicolegale aspecten weerhouden mij ervan consultaties via internet te voeren.	○	○	○	○	○
Bezwaren op vlak van privacy weerhouden mij ervan om consultaties via internet te voeren.	○	○	○	○	○
Een gebrek aan richtlijnen weerhoudt mij ervan om consultaties via internet te voeren.	○	○	○	○	○
Ik ben bereid te investeren in een beveiligd webplatform voor consultatievoering met patiënten.	○	○	○	○	○

Heeft u nog verdere opmerkingen rond e-consultaties?

Your answer

Bedankt voor uw deelname!

BACK SUBMIT

Never submit passwords through Google Forms.