Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een patiënt georiënteerde digitale tool ter ondersteuning van gezondheidsbevordering en preventie in de eerste lijn: Kan een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk?

Van Branteghem Annaïk, Ugent

Promotor: Prof. dr. Bekaert Sofie, Ugent

Co-promotor: Dr. Schrans Diego, Ugent

Master in Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 - 2020

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

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

Voorwoord

Voor u ligt de Manama-thesis 'Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een patiënt georiënteerde digitale tool ter ondersteuning van gezondheidsbevordering en preventie in de eerste lijn: Kan een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk?' Het onderzoek en het neerschrijven van deze scriptie gebeurde in het kader van mijn afstuderen aan de vervolgopleiding tot huisarts in de periode van oktober 2019 tot mei 2020.

Ik had graag mijn promotor, Prof. dr. Sofie Bekaert, en copromotor, dr. Diego Schrans, willen bedanken voor de begeleiding en het bijsturen in de loop van dit proces.

Verder wil ik alle huisartsen die hebben meegewerkt aan dit project hartelijk danken. Zonder hen had deze Manama-thesis niet kunnen worden gerealiseerd.

Tevens wil ik ook het volledige team van emma.health bedanken voor het vrijgeven van de tool in het kader van deze scriptie en voor hun bereidheid tot ondersteuning waar nodig.

Speciale dank gaat uit naar mijn papa, Jacques Van Branteghem, voor de grote hulp doorheen dit proces. Hij stond me bij als observator tijdens de focusgroepen en ondersteunde mij in het nalezen van deze scriptie.

Tot slot wil ik graag ook mijn familie en partner, Andreas, bedanken om mij te steunen in de loop van dit onderzoek en schrijven van de scriptie, gedurende de laatste maanden van mijn zwangerschap.

Gent, 26 april 2020

Abstract

Doelstelling

Het doel van deze studie is om na te gaan of een patiënt georiënteerde digitale tool een ondersteuning kan bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk. Diverse aspecten werden onderzocht: *'Hoe staan huisartsen tegenover preventie en welke barrières vermelden ze?'; 'Wat zijn volgens de huisartsen de mogelijke oplossingen om beter aan preventie te kunnen doen?'; 'Hoe staan huisartsen tegenover digitalisering, apps en preventie?'; 'Kan een digitale tool zoals emma.health ondersteuning bieden in de implementatie van preventie in de eerste lijn en wat zijn de verbeterpunten?'*

Methode

In dit exploratief kwalitatief onderzoek werden in 2019 vier focusgroepen georganiseerd met een totaal van 30 huisartsen. De gesprekken werden getranscribeerd en geanalyseerd in de periode van oktober 2019 tot februari 2020. Na transcriptie werden de documenten geanalyseerd en gecodeerd met behulp van het software programma Nvivo12.

Resultaten

De belangrijkste barrières die naar voor komen voor preventie in de eerste lijn zijn gebrek aan tijd bij de arts, financiële vergoeding en ondersteuning in de praktijk. Verder zijn er ook de lage patiënten motivatie, gebrekkige kennis en opleiding van patiënten en de curatief- in plaats van preventief georiënteerde gezondheidszorg. Diverse oplossingen worden naar voor geschoven door de huisartsen. Voorbeelden zijn het invoeren van een apart nomenclatuur nummer voor preventie en subsidies om ondersteuning in de praktijk door verpleegkundigen te voorzien. Ook het stimuleren van de patiënten motivatie, meer opleiding en educatie van zowel patiënten als artsen, een shift van een curatieve naar een meer preventieve gezondheidszorg en overzichtelijke dossiers en tools, worden door de huisartsen aangehaald als oplossingen. Huisartsen staan over het algemeen positief tegenover digitalisering en het gebruik van digitale tools. Echter bestaan er tevens bezorgdheden. Huisartsen vermelden vooral de bezorgdheid rond de kwaliteit en betrouwbaarheid van digitale tools, de onduidelijkheid rond verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, de veelheid van tools en apps die worden ontwikkeld en de mogelijke valkuil tot meer sociale ongelijkheid. Bovendien bestaat de vrees van een eventuele toename van de werklast en complexiteit gepaard gaande met deze digitale evolutie. Ook de mogelijke overconsumptie van de gezondheidzorg en de plaats van de arts in dit hele verhaal, zijn vermelde bezorgdheden. Evenzeer worden oplossingen voor deze bekommernissen geopperd, zoals de regularisatie en validatie van dergelijke tools en een duidelijk juridisch kader omtrent aansprakelijkheid. Integratie van de tools in het eigen medisch dossier en extra ondersteuning in de praktijk om patiënten te begeleiden bij het gebruik van deze tools lijken voor de huisartsen ook noodzakelijk om toename van de werklast te verhinderen. Op die manier zouden digitale tools net het werk lichter en minder complex kunnen maken. Digitalisering kan volgens bepaalde artsen ook patiënten ondersteunen om inzicht te krijgen in hun gezondheid en hen motiveren tot levensstijlveranderingen via patiënt empowerment. Hierbij moet dan vooral gezorgd worden dat er manieren zijn om alle lagen van de maatschappij te bereiken door bijvoorbeeld overheidsmaatregelen. Tot slot gelooft men ook dat het gebruik van tools en digitalisering op lange termijn kostenbesparend kan werken.

Conclusie

In deze studie worden diverse drempels aangehaald voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk. Ook worden suggesties gedaan voor mogelijke oplossingen. Wat betreft de vraag of een patiënt georiënteerde tool zoals emma.health ondersteuning kan bieden voor preventie in de eerste lijn is er algemeen een positieve perceptie. Artsen staan open voor het gebruik en zien hierin opportuniteiten. Op heden is er echter nog een beduidende terughoudendheid bij de huisartsen over het gebruik van digitale tools ter ondersteuning van hun activiteiten. Aanpassingen en oplossingen zijn noodzakelijk op niveau van de tools. Aanpassingen in de organisatie van de zorg zowel op praktijkniveau als op overheidsniveau zijn noodzakelijk om digitalisering en tools een plaats te geven en van de voordelen te kunnen genieten, dit om op efficiënte en goedkopere manier grote groepen te bereiken en gezondheidswinst te bekomen. Ook op individueel niveau moet meer ingezet worden op patiënten motivatie en preventie met extra aandacht voor moeilijk te bereiken groepen.

Afkortingenlijst

BNP	Bruto nationaal product
eHealth	Electronic health
eHealth toepassingen	Het gebruik van informatietechnologie, waaronder het internet, in de preventie, behandeling en onderhoud van de persoonlijke gezondheid
FG	Focusgroep
GDPR	General data protection regulation – Algemene verordening gegevensbescherming
GMD	Globaal medisch dossier
GMD plus	Individueel preventieplan met preventieve maatregelen die u helpen om gezond te bliiven.
HA	Huisarts
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
LOK	Lokale overleg kring
mHealth	Mobile health
mHealth toepassingen	Het gebruik van mobiele toestellen in de preventie, behandeling en onderhoud van de persoonlijke gezondheid
SES	Socio-economische status
WHO	World health organisation

Inhoudsopgave

Inleiding 1
De huisarts en preventie 1
Digitalisering in de gezondheidszorg: opportuniteiten en uitdagingen 2
Kan eHealth ondersteuning bieden bij preventie in de eerste lijn? 4
Hoe staan huisartsen tegenover eHealth? 5
Methodologie 7
Literatuuronderzoek 7
Onderzoeksopzet 7
Selectie van deelnemers 7
Dataverzameling 8
Dataverwerking en data-analyse 8
Resultaten 9
Deelnemers 9
Barrières voor preventie volgens de huisarts 9
Arts gebonden barrières 9
Patiënt gebonden barrières 11
Barrières gebonden aan derden 12
Oplossingen voor betere preventie 13
Arts gebonden oplossingen 13
Oplossingen bij overheid en derden 13
Technische oplossingen 14
Algemene ideeën omtrent preventie, digitalisering en online platformen 15
Algemene opmerkingen 15
Bezorgdheden 16
Opportuniteiten en voordelen 18
Voorbeeld van een tool emma.health in de ondersteuning van preventie in eerste lijn 20
Bezorgdheden 20
Opportuniteiten en voordelen 22
Verbeterpunten van een platform zoals emma.health 24
Discussie 26
Interpretatie van de resultaten 26
De huisarts en preventie 26
De huisarts en digitalisering 28
Sterktes en zwaktes 32

Implicaties 32
Suggesties voor vervolgonderzoek 32
Conclusie 33
Bijlagen 34
Bijlage 1: vragenprotocol 34
Bijlage 2: informatiebrief voor deelnemers 35
Bijlage 3: toestemmingsformulier 37
Bijlage 4: vragenlijst 38
Bijlage 5: gunstig advies ethisch comité 39
Bijlage 6: goedgekeurd protocol 41
Referenties: 43

Inleiding

De huisarts en preventie

In zowel ontwikkelde landen als ontwikkelingslanden stijgt het aandeel ouderen in de bevolking, dit veroorzaakt een toename van de gemiddelde leeftijd. Volgens het Planbureau zal de vergrijzing in België verder toenemen tot 2040 (1). Daarbij komt dat de prevalentie van chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, ademhalingsziekten en kanker toeneemt met de leeftijd (2). Deze aandoeningen zijn nog steeds de grootse oorzaak van vroegtijdige sterfte in onze Westerse wereld (3). Gezien een zeer groot deel van de kosten in de gezondheidszorg - tot 75% van de totale gezondheidszorguitgaven in rijke westerse landen - uitgaat naar het behandelen van patiënten met chronische ziekten zullen deze kosten dramatisch stijgen (4, 5).

Deze aandoeningen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door levensstijl gebonden factoren. Van de belangrijkste chronische aandoeningen is 70% tot zelfs 90% te vermijden door levensstijlaanpassingen zoals niet roken, een gezond gewicht behouden, voldoende te bewegen en gezond te eten (6, 7). In België wordt ongeveer 7,5% (8) van het BNP besteed aan chronische ziekten. Veel van deze levensstijl gerelateerde ziekten of ook wel 'non-communicable diseases' genoemd, worden op vandaag niet genezen, maar wel op lange termijn behandeld. Door burgers goed te gaan informeren en te motiveren kunnen zij zelf helpen voorkomen dat ze chronisch ziek worden. Dit zou een besparing kunnen geven van 5% (8) van het BNP en zou de levensduur en de kwaliteit van het leven van de patiënten aanzienlijk verhogen.

Deze cijfers benadrukken nogmaals het belang van een goed preventiebeleid en het potentieel dat hiermee kan bereikt worden. Hoewel vanuit het beleid meer en meer aandacht is voor preventie en wordt geëxperimenteerd met nieuwe tools en concepten om preventie tot bij het brede publiek te krijgen, gaat op vandaag toch slechts 2-3% (8) van de totale uitgaven van de gezondheidszorg naar preventie, tegenover 97-98% naar curatieve zorg. Het is dus van groot belang in te zetten op de ontwikkeling van kosteneffectieve preventie tools die de levenskwaliteit van de populatie verhogen.

Wanneer we het hebben over de primaire preventie van levensstijl gebonden aandoeningen komen we automatisch bij de rol van de huisarts. Gezien zijn laagdrempeligheid en frequente patiëntencontacten, vormt hij de geschikte persoon om levensstijl gebonden risicofactoren op te sporen en patiënten te motiveren deze aan te pakken (9, 10). Echter ziet men dat de cijfers van eigenlijke screening naar risicofactoren en het management ervan laag blijven volgens de literatuur (11, 12). Volgens patiënten rapportering is er een hogere nood aan levensstijladviezen en is er nog steeds een grote kloof tussen de aanbevolen zorg en de eigenlijke zorg (13). Dit doet vermoeden dat er barrières zijn die een rol spelen in de implementatie van preventie in de eerste lijn, ondanks de aanwezigheid van screeningsrichtlijnen.

De meest gerapporteerde barrières vermeld in de literatuur omvatten een tekort aan tijd, beperkte vaardigheden, beperkte betaling en lage patiënten motivatie om de levensstijl aan te passen. Een recentere review in de VS en Australië toont dat de tijd en afwezigheid van vergoeding voor de artsen de grootst gerapporteerde barrières vormen voor de detectie van levensstijl gebonden risicofactoren (14-16). Men vindt in de literatuur gelijkaardige drempels bij huisartsen in Europa. Ook hier zijn de twee meest gerapporteerde barrières voor huisartsen om aan preventie te doen de tijd en afwezigheid van vergoeding. Daarnaast spelen focus op acute zorg, gebrek aan overtuigingskracht, onvoldoende aandacht voor preventieve maatregelen voor de eigen gezondheid en het niet overtuigd zijn van preventie een rol (17-19).

Deze situatie vraagt om de implementatie van toepassingen die op een snelle, eenvoudige en goedkope manier een groot publiek kunnen aanspreken. De vraag rijst dan of web gebaseerde eHealth interventies en digitalisering hierbij een mogelijke oplossing kunnen bieden.

Digitalisering in de gezondheidszorg: opportuniteiten en uitdagingen

De laatste jaren is digitalisering (eHealth en mHealth) niet meer weg te denken uit de medische wereld. eHealth omvat alle ICT- en computer gerelateerde toepassingen in de gezondheidszorg. Mobile health maakt hier een onderdeel van uit. De WHO definieert mobile health als alle welzijns- en zorgtoepassingen die mogelijk worden met behulp van mobiele communicatiediensten en toestellen (20). Tegenwoordig zijn smartphones en mobiele toepassingen alomtegenwoordig. Er wordt geschat dat er in 2020 6.1 miljard smartphones zullen zijn op de wereld. Dit komt erop neer dat ongeveer 80 % van de wereldbevolking in het bezit zal zijn van een smartphone (21). Volgens het digitale rapport van januari 2018 gepubliceerd door We are Social en Hootsuite, blijkt dat in België 89% van de bevolking internet gebruikers zijn en 77% smartphone gebruikers (22). 4% van deze Belgen zouden volgens hetzelfde rapport gezondheid, dieet of activiteitsniveau opvolgen (23).

Digitalisering brengt veel kansen met zich mee, maar kent ook uitdagingen waar we ons bewust van moeten zijn (24).

Preventie en behandeling van chronische ziekten vragen om een aanpassing van de levensstijl en dus om veel eigen inspanning van de patiënt. Dit leidt ons naar het begrip van zelfmanagement. Onderzoek toont aan dat patiënten die meer inzicht hebben in hun ziekte, gezondheid en levensstijl betere gezondheidsuitkomsten hebben en minder gebruik maken van het gezondheidszorgsysteem. Dit effect is nog groter wanneer deze patiënten worden gemotiveerd hun eigen gezondheid in handen te nemen en hiervoor dus zelf verantwoordelijkheid opnemen. Digitalisering biedt onder meer de mogelijkheid tot het meer in eigen handen nemen en opvolgen van gezondheid en ziekte. Internetinterventies om mensen aan te zetten tot gezondere levensstijl, bv. een smartwatch die je na een uur stilzitten aanzet tot beweging, zijn goedkoop en hebben een groot bereik (25, 26). Artsen zullen meer en meer een rol opnemen als coach, die patiënten in hun zelfmanagement proces begeleidt (27).

Uit systematische reviews kan afgeleid worden dat interactieve digitale interventies effectief zijn in gewichtsverlies bij personen met obesitas en personen met overgewicht en dat ze toegenomen kennis brengen omtrent seksuele gezondheid bij diverse populaties (27). Ook technologie geassisteerde diabetes preventie programma's zijn efficiënt en kosteneffectief gebleken (28).

Het is bewezen dat mHealth interventies de cardiovasculaire uitkomst in secundaire preventie verbeteren (29). Een pilootstudie uit Nederland toont aan dat een web gebaseerde gezondheidsrisico inschatting in de eerste lijn een veelbelovende interventie is om personen met een verhoogd risico, hier op cardiovasculaire aandoeningen op te sporen en hen te motiveren tot levensstijlveranderingen (30).

Gepersonaliseerde digitale feedback aan een uniek risicoprofiel gelinkt en met follow-up bij een zorgvertrekker zou een zeer valabel onderdeel kunnen vormen van routine preventie in de eerste lijn. Op die manier zou een gedragsverandering worden gerealiseerd op grote schaal welke op lange termijn een positieve invloed zou kunnen hebben op mortaliteit en morbiditeit (30).

Digitalisering kan ook zorgen voor minder administratie en meer gepersonaliseerde zorg. Door de hoeveelheid aan data en de mogelijkheid gegevens continu te meten, kunnen op maat gemaakte behandelingen worden ontwikkeld naargelang de noden van elke patiënt. Denk maar aan de mogelijkheden bij de opvolging van chronische ziekten. Op deze manier kan dan ook de kwaliteit van de zorg worden geoptimaliseerd en de tevredenheid van de patiënt worden verbeterd (26, 31).

Naast een ondersteuning bij de opvolging en behandeling van (chronisch) zieke patiënten heeft de verzameling van data andere mogelijkheden. Door het gebruik van artificiële intelligentie op een dergelijke hoeveelheid geanonimiseerde data kunnen voorspellingen gebeuren over welke preventieve interventies nodig zijn om bepaalde aandoeningen te voorkomen bij de gezonde populatie of welke interventies nodig zijn om reeds aanwezige aandoeningen gunstiger te laten verlopen (26, 31).

Digitalisering kan ook een oplossing bieden voor het dreigend personeelstekort in de zorg zoals hierboven reeds aangehaald. Ze kan een ondersteuning bieden voor zorgprofessionals doordat een deel van het werk reeds gebeurd is of efficiënter gebeurt, door de patiënt die zelf verantwoordelijkheid neemt voor de eigen gezondheid. Sommige beslissingen kunnen zelfs al gemaakt worden via algoritmes (26, 31).

Digitaliseren kan dus kostenbesparend werken door meer preventie, efficiëntere manier van werken, vervangen van bepaalde werklast en optimalisatie van de kwaliteit van de zorg (27).

Digitalisering kan daarnaast ook drempelverlagend werken via applicaties die screenen op mentale gezondheid. Bv. bepaalde populaties, zoals adolescenten, die veel met digitalisering bezig zijn, kan men zo op een eenvoudige manier bereiken. Ook voor personen met mobiliteitsproblemen kan dit een voordeel inhouden. Ze kunnen gemakkelijk digitaal in contact blijven met hun zorgverstrekkers. Tot slot kan via digitalisering de continuïteit van de zorg verzekerd worden over de grenzen heen, gezien de gemakkelijke overdracht en de mogelijkheid tot gebruik van diverse talen (26, 31, 32).

Een van de grootste uitdagingen is de privacybescherming. Met de opkomst van digitalisering en het verzamelen van medische data door private bedrijven is het zo dat gevoelige medische data in handen kunnen komen van derden. Dit doet vragen rijzen omtrent bescherming en opslag van deze data. De geïnformeerde toestemming krijgt een zeer belangrijke rol in dit verhaal. Burgers moeten de implicaties kennen van het delen van gegevens met zorgaanbieders of met private bedrijven achter digitale tools (26, 33, 34). De grote hoeveelheid aan data via digitale platformen, kan ongelofelijke opportuniteiten bieden in voorspellend vermogen via artificiële intelligentie, toename van de kwaliteit van zorg en integratie van gegevens, maar er is ook de valkuil met betrekking tot wat er met deze data gebeurt. Dergelijke data kunnen voor bedrijven een vorm van inkomen betekenen in bepaalde business modellen en worden daarom niet altijd gebruikt in het voordeel van de patiënt of de maatschappij, maar als product of marketinginstrument (26, 35).

Een volgende belangrijk te vermelden uitdaging is het risico op uitsluiting van bepaalde groepen in de maatschappij. Participatie aan deze digitale evolutie vraagt enige vorm van kennis en vaardigheden, die ontbreekt bij bepaalde groepen. Denk maar aan ouderen, personen met beperkte toegang tot technologie en internet, personen uit lage SES (socio-economische status) en kwetsbare groepen zoals analfabeten die door de mazen van het net glippen. Bovendien is het ook zo dat die groepen vaak het meest nood hebben aan geïntegreerde zorg. Digitalisering kan hier een drempelverhogend effect hebben. Uit onderzoek is ook gebleken dat digitale gezondheidszorg vooral interessant is voor personen met een reeds intrinsieke motivatie. In de meest kwetsbare populaties is die meestal klein met als gevolg risico tot een grotere gezondheidskloof (26, 31). De drempel van digitale ongelijkheid kan reeds beperkt worden wanneer de online toepassingen in de ziekenhuizen of huisartsenpraktijken kunnen worden gebruikt. Studies tonen aan dat 88-90% van de patiënten dergelijke tools acceptabel vinden, ook in populaties met meer socio-economisch achtergestelde personen. Wanneer de toepassingen dienen gebruikt te worden buiten de zorg setting is de kans tot ongelijkheid groter door een kloof in internettoegang.

Verder kan digitalisering volgens diverse studies leiden tot een mogelijke toename van het gebruik van het gezondheidszorgsysteem (36). Dit zou dan leiden naar hogere kosten.

Ook op juridisch vlak zien we enkele uitdagingen. De technologische evoluties gaan zo snel dat de wetgeving niet kan volgen om een aangepast juridisch kader te scheppen. Denk maar aan privacybescherming maar vooral ook aan de aansprakelijkheid. Want zoals reeds eerder vermeld kunnen door het gebruik van algoritmes beslissingen worden genomen zonder tussenkomst van een professional, en dan rijst de vraag wie de verantwoordelijkheid draagt bij foute interpretaties waardoor personen schade kunnen oplopen (26). Volgens het Rathenau instituut is het huidige juridisch regime niet in staat de rechten van de mensen voldoende te beschermen in deze digitale omstandigheden (34).

Tot slot bestaan op heden zoveel digitale initiatieven dat er een gebrek is aan uniformiteit voor zowel zorgprofessionals als burgers. Daardoor is het moeilijk om de kwaliteit en betrouwbaarheid in te schatten. Teneinde de voordelen te kunnen realiseren is het belangrijk dat uniformiteit en correctheid behouden wordt in de gegevensuitwisseling. Dit om continuïteit in de zorg te verzekeren (31).

Kan eHealth ondersteuning bieden bij preventie in de eerste lijn?

Volgens de literatuur kunnen eHealth toepassingen een ondersteuning bieden voor preventie in de eerste lijn.

Elektronische gegevensverzameling van levensstijl gebonden risicofactoren biedt een aantal significante voordelen. Zo kan de gegevensverzameling gebeuren buiten de consultatie met de huisarts en kunnen de data worden doorgestuurd naar de huisarts en gebruikt worden tijdens het consult, wat tijdsbesparend werkt. Uit diverse studies (37-40) is gebleken dat de meerderheid van de patiënten bereid is zijn medische data in te vullen voor een elektronische risico-inschatting. Deze personen zijn over het algemeen ook van mening dat deze gegevensverzameling voldoet aan de privacy voorwaarden (GDPR).

Voor de evaluatie van gezondheid gerelateerde risicofactoren is, zoals hierboven reeds beschreven, gebleken dat zelfbeoordeling ook de meest geschikte methode is. Door gebruik te maken van elektronische gegevensverzameling kunnen de patiënten op een meer gestandaardiseerde manier bevraagd worden dan wanneer dit gebeurt door de huisarts zelf. Dit kan betere accuraatheid van resultaten geven. Ook kunnen via dynamische weergaven en illustraties bepaalde complexe bevragingen rond levensstijl zoals beweging en voeding, makkelijker worden uitgevoerd. Door gebruik te maken van boomalgoritmes kan elke deelnemer specifieke vragen krijgen, afhankelijk van zijn of haar eerdere antwoorden. Dit resulteert in een efficiëntere bevraging in minder tijd (27).
Door huisartsen reeds dergelijke gegevens ter beschikking te stellen, kunnen zij snel de probleem domeinen identificeren en meer specifiek de patiënt gaan begeleiden.

Studies bij vaccinatietoedieningen tonen aan dat herinneringen effectief zijn in het verbeteren van de immunisatie cijfers bij zowel volwassenen als kinderen. Dergelijke toepassingen kunnen zonder veel moeite worden geïmplementeerd in web gebaseerde toepassingen. Maar ook voor de huisartsen zelf zijn dergelijke herinneringen nuttig gebleken (27).

Hoe staan huisartsen tegenover eHealth?

Aangezien preventie van chronische aandoeningen zich vooral afspeelt in de eerste lijn, is het van groot belang ook inzicht te krijgen in het standpunt van huisartsen tegenover de implementatie van eHealth in de praktijk. Dit standpunt zal mede de haalbaarheid van de implementatie van dergelijke web toepassingen in de toekomst gaan bepalen.

Algemeen kan men stellen dat er een positieve kijk is op eHealth en er heerst het geloof dat dit kan bijdragen tot betere geneeskunde.
Een studie bij Australische huisartsen besluit dat de huisartsen mobiele gezondheidsapps handig vinden en dat het gebruik ervan complementair is aan hun rol als huisarts. Ze menen dat deze apps een bron aan medische informatie over hun patiënten vormen en vinden het positief dat patiënten ondersteund worden om hun eigen medische gegevens op te volgen. Dit stimuleert het in handen nemen van de eigen gezondheid. Op voorwaarde dat de apps evidence based zijn, vormen zij een middel om patiënten toegang te geven tot betrouwbare kennis over een bepaalde gezondheidssituatie. Toch rijzen hier enkele bezorgdheden vooral omtrent technische problemen, internettoegang en het gebrek aan digitale kennis bij de oudere populatie. Zelf vinden de artsen dat ze te weinig tijd hebben om bezig te zijn met de verwerking van gegevens van gezondheidsapps buiten hun werkuren. Men zag de implementatie van de app in hun huidige werkflow als uitdagend gezien de tijdsdruk, hetgeen tegenstrijdig is met de voorspelde tijdswinst die men terugvindt in de literatuur (27). Men zag de apps als een bron van medische informatie over hun patiënten, maar men zou het handig vinden indien er een pdf of samenvatting zou kunnen geproduceerd worden die zo in het patiëntendossier zou kunnen opgeslagen worden (41).

Een studie uit Nederland besluit eveneens dat er een algemeen positieve attitude is tegenover mHealth en eHealth, maar dat de implementatie toch als complex wordt beschouwd. Er zijn bezorgheden over de betrouwbaarheid van de toepassingen en de veiligheid van patiëntengegevens, maar ook over de financiële compensatie voor de tijd besteed aan de implementatie. Men meent dat er geen tijd is voor training en dat de artsen te weinig technische skills hebben. Deze studie peilt wel voornamelijk naar toepassingen zoals elektronisch voorschrijven, vragen beantwoorden via het internet en online afspraken maken (42).

De perceptie in de eerste lijn in België wat betreft implementatie van eHealth leert ons dat
2/3 van de bevraagde artsen geen interesse zouden hebben in de implementatie van mobile toepassingen. Hun grootste bezorgdheden zijn tijdsgebrek, uitwisseling van data en het overbrengen van de relevante data naar het patiëntendossier. Deze die wel geïnteresseerd zijn, zouden het vooral gebruiken voor het monitoren van chronisch zieke patiënten en patiënten recent ontslagen uit het hospitaal. Andere bezorgdheden zijn voornamelijk omtrent het onpersoonlijk karakter en de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van patiëntengegevens. In het algemeen is er volgens deze studie bij de Belgische huisartsen een lage graad van bewustzijn omtrent mHealth. De meeste artsen zijn wel akkoord dat tijdige interventies om potentieel ernstige aandoeningen te vermijden, zoals bekomen met mHealth, op langere termijn wel een daling van de kosten kan geven (43).

In een studie die peilt naar de perceptie van huisartsen bij de implementatie van een diabetes zelfmanagement app, komt de bezorgdheid over de betrouwbaarheid van de toepassing opnieuw terug. Ook toename van de werklast en de complexiteit van het werk worden aangehaald. Verder is de afwezigheid van financiële vergoeding voor de tijd die besteed wordt aan online zorg een belangrijk element. Er is een beperktere bezorgdheid wat betreft privacy. Artsen vinden wel dat dergelijke toepassingen interessant kunnen zijn wanneer ze als complementair aan de huidige zorg worden gezien en niet als vervangend. Ze menen dat ze een mogelijkheid bieden tot betere documentatie van patiëntengegevens over het verloop van de tijd. Ze vinden het een goede manier om informatie over

te brengen met behulp van aangepaste taal en afbeeldingen. Daarvoor is geen tijd tijdens een gewoon consult (44).

Volgens nog een andere studie is implementatie van screening technologieën mogelijk, maar vraagt het tijd, facilitering en organisatie. Meer geld en additionele para-medische werknemers zijn noodzakelijk om deze technologie te introduceren in drukke praktijken (45).

Er is dus evidentie dat eHealth toepassingen een positieve invloed kunnen hebben bij de preventie van chronische levensstijl gebonden aandoeningen en dat ze ook ondersteunend kunnen zijn voor zorgprofessionals, op voorwaarde dat deze goed geïmplementeerd worden. In het algemeen staan huisartsen open voor het gebruik van eHealth toepassingen in de toekomst, doch er zijn enkele belangrijke barrières te overwinnen.

Echter zijn de verschillende eHealth toepassingen, gevonden in de literatuur, gefocust op de screening van één specifiek gezondheidsrisico, gezondheidsdomein of aandoening.
Tot op heden is er nog geen tool die alle medische en levensstijldomeinen in kaart brengt. Verder is er meer evidentie nodig wat betreft het lange termijneffect, vooral de evidentie in de eerste lijn is beperkt (46, 47). Zo toont een systematische review en meta-analyse dat internetinterventies een gunstig effect hebben op het cardiovasculaire risicoprofiel, maar dat dit effect bescheiden is en afneemt in de tijd. Er is onvoldoende bewijs dat nieuwe hart- en vaatziekten kunnen worden voorkomen (48).

Daarom wil deze masterproef aan de hand van focusgroepen verder nagaan welke de visie is van Vlaamse huisartsen tegenover preventie in het algemeen en eHealth in het bijzonder en welke de barrières of opportuniteiten hiervoor zijn. Verder willen we ook nagaan of een digitale screeningstool voor hen een ondersteuning kan bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk. De digitale screeningstool emma.health wordt als voorbeeld gebruikt om dit concreter te maken.

Emma.health is een online platform (https://emma.health) dat een risico-inschatting aanbiedt op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, overgewicht, COPD, kankers die opgenomen zijn in het bevolkingsonderzoek nl. baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker en tot slot ook op mentale gezondheid (emotioneel welzijn, sociaal welzijn en persoonlijk welzijn). Deze risico-inschatting is gebaseerd op de wetenschappelijke Belgische richtlijnen. Naast de medische risico-inschatting wordt ook een score toegekend wat betreft de levensstijl in domeinen zoals voeding, beweging, slaap, middelengebruik en ontspanning. Voor iedere gebruiker wordt een medisch profiel aangemaakt waar nuttige gegevens zoals contactpersonen in nood, huisarts, paramedici en lichaamsmetingen worden verzameld en weergegeven. Alle informatie wordt telkens op een eenvoudige manier verzameld door middel van een chat bot, een digitale toepassing die de gebruiker vragen gaat stellen. Daarna krijgt de gebruiker volgens een overzichtelijke weergave zijn/haar resultaten te zien onder de vorm van een dashboard. Dit is zowel van zijn/haar medisch risicoprofiel als van zijn levensstijl score en dergelijke. Dit alles wordt in een volgende fase besproken met de arts waarna deze eventueel verdere medische stappen onderneemt zoals een verwijzing, een bloedafname, een technisch onderzoek, etc. Het volledige proces staat ten allen tijde onder supervisie van de behandelende geneesheer, die na het invullen ook direct een pdf profiel doorgestuurd krijgt in zijn/haar eHealth box. Het doel van deze tool is mensen motiveren hun eigen gezondheid in handen te nemen, onder begeleiding van zorgprofessionals, door inzicht te verwerven in hun gezondheidstoestand, zowel wat betreft chronische ziekten als levensstijl, dit ten einde chronische aandoeningen te vermijden (49).

Methodologie

Literatuuronderzoek

In de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van diverse online-databanken zoals PubMed. In de Pubmed databank werden verschillende Engelse trefwoorden opgegeven. De trefwoorden die werden gebruikt waren onder andere: *primary care, mHealth, eHealth, digitalisation, prevention, family physician, digital health, self-management, empowerment* en *chronic disease*. Volgens de watervalmetafoor werd er via gevonden artikels verder gescreend naar relevante literatuur. Er werd steeds gezocht naar artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar was via het netwerk van Ugent. Er werd geopteerd om te kiezen voor literatuur bij patiënten ouder dan 18 jaar, ook werd voornamelijk gezocht naar literatuur in de eerste lijn en studies van toepassing in ontwikkelde landen.

Onderzoeksopzet

De onderzoeksmethode is een **exploratief kwalitatief onderzoek (50)**, omdat dit de onderzoeker in staat stelt dieper in te gaan op diverse onderwerpen om zo te weten te komen hoe huisartsen de dag van vandaag staan tegenover preventie in het algemeen en of de implementatie van eHealth een ondersteuning kan bieden voor preventie in de eerste lijn. Op die manier worden barrières en facilitators geïdentificeerd en oplossingen gesuggereerd voor de toekomst.

Selectie van deelnemers

Huisartsen in Vlaanderen werden aangeschreven per e-mail via de contactgegevens van de LOK-verantwoordelijken en via e-mails naar groepspraktijken rechtstreeks, met de informatiebrief in bijlage. In totaal werden 25 e-mails verstuurd naar LOK-verantwoordelijken uit de regio Gent, huisartsenkring Panacea (Brakel, Herzele, Lierde, Oosterzele), huisartsenkring Habo (Brugge en omgeving), huisartsenkring West-Meetjesland, huisartsenvereniging Antwerpen Centrum, huisartsenkring Vehamed (Dendermonde en omgeving), en dan nog enkele individuele groepspraktijken. Twee LOK-groepen besloten deel te nemen, 3 andere hadden interesse maar de periode viel buiten de deadline van deze masterproef en 2 groepspraktijken besloten deel te nemen. Van de andere aangeschreven LOK-groepen en praktijken kwam geen respons of was er geen interesse tot deelname.

Uiteindelijk werden 4 focusgroepen georganiseerd in Oost-Vlaanderen, meer bepaald Oudenaarde, Merelbeke, Drongen en Gent-centrum, dit in de periode van oktober 2019 tot december 2019. In totaal werden 30 huisartsen geïncludeerd. De huisartsen waren tussen de 26 en de 82 jaar. De groepen bestonden uit reeds gevestigde huisartsen en huisartsen in opleiding.

De eerste focusgroep bestond uit 6 huisartsen, 4 vrouwen en 2 mannen, allen werkzaam in dezelfde groepspraktijk, tussen de 28 en de 44 jaar oud.
De tweede focusgroep bestond eveneens uit 6 huisartsen, waarvan 2 huisartsen in opleiding, 3 vrouwen en 3 mannen, allen werkzaam in dezelfde groepspraktijk, tussen de 26 en 59 jaar.
De derde focusgroep bestond uit 12 huisartsen, waarvan 9 vrouwen en 3 mannen, allen deel van dezelfde LOK-groep, tussen de 28 en 59 jaar oud.
De laatste en vierde focusgroep bestond uit 6 huisartsen, waarvan 4 mannen en 2 vrouwen, allen deel van dezelfde LOK-groep, tussen de 32 en 83 jaar oud.

	totaal	mannen	vrouwen	dokters	haio's
Groep 1	6	2	4	6	0
Groep 2	6	3	3	4	2
Groep 3	12	3	9	12	0
Groep 4	6	4	2	6	0
Totaal	***30***	***12***	***18***	***28***	***2***

Dataverzameling

Tijdens de focusgroepen werd gebruik gemaakt van een vastgelegd vragenprotocol met open vragen (bijlage 1). Aan het begin van iedere focusgroep kregen de deelnemers een informatiebrief (bijlage 2), een informed consent (bijlage 3) en ook een kleine vragenlijst (bijlage 4) peilend naar demografische gegevens en kennis omtrent eHealth.

In iedere focusgroep werden dezelfde onderwerpen aangesneden:
1) Een introductie waar werd gepeild naar 'Gedachten, gevoelens, meningen en indrukken' bij afbeeldingen (bijlage 1) met betrekking tot preventie, digitalisering, apps.
2) Een schets van de probleemstelling die de kern vormt van dit onderzoek.
3) Drempels om aan preventie te doen in de eerste lijn.
4) Voorstelling van een digitale patiënt georiënteerde tool gebouwd ter ondersteuning van preventie in de eerste lijn, genaamd emma.health.
5) Discussie of een dergelijke tool nu ondersteuning kan bieden voor preventie in de eerste lijn.
6) Tot slot een samenvatting van de conclusie van het gesprek.

Het protocol werd opgemaakt door de student onderzoeker en besproken met de promotor en copromotor. Het werd om praktische redenen niet vooraf getest. Het aantal huisartsen dat bereid was deel te nemen aan de focusgroepen was schaars waardoor een proefversie niet haalbaar was. Het vragenprotocol werd zodanig opgesteld dat afhankelijk van de interactie in elke groep kon worden doorgevraagd op bepaalde onderdelen zodat nieuwe vragen ontstonden en/of de volgorde van de vragen veranderde. Nadien werd het protocol telkens ook aangepast.

De focusgroep werd telkens geleid door een moderator, mezelf, Annaïk Van Branteghem, de student-onderzoeker. Bij iedere focusgroep was telkens dezelfde observator aanwezig, die objectieve nota's nam en indien nodig het gesprek terug in goede banen leidde. De observator was mijn vader die gezien zijn verleden als bedrijfsleider ervaring heeft opgebouwd in het modereren en observeren van vergaderingen. Iedere focusgroep werd audiovisueel opgenomen na toestemming van iedere deelnemer (onderdeel van het informed consent). De sessies duurden tussen 55min en 1h15min.

Dataverwerking en data-analyse

De focusgroepen werden getranscribeerd en geanalyseerd in de periode van oktober 2019 tot februari 2020. Na transcriptie werden de uitgetypte documenten gecodeerd via het software programma Nvivo12. Zowel de student onderzoeker als de observator deden een eerste aanzet om een codeerschema aan te brengen in de transcripties. Vervolgens werden deze codeerschemata met elkaar vergeleken en werd hierover in interactie gegaan. Dit iteratief proces van codering, bespreking en aanpassen leidde uiteindelijk tot een definitief codeerschema.

Resultaten

Deelnemers

In totaal namen 30 huisartsen deel aan 4 focusgroepen (n=6, n=6, n=12, n=6). In focusgroepen 1, 3 en 4 namen enkel erkende huisartsen deel. In focusgroep 2 ook twee huisartsen in opleiding.
In de onderstaande tabel worden overige karakteristieken van de deelnemende artsen weergegeven.

	FG1 (n=6)	FG2 (n=6)	FG3 (n=12)	FG4 (n=6)	Totaal (n=30)
Geslacht					
Man	2	3	3	4	12
Vrouw	4	3	9	2	18
Leeftijd					
20-29	2	1	1	0	4
30-39	1	1	6	2	10
40-49	3	2	3	1	9
50-59	0	2	2	0	4
>= 60	0	0	0	3	3
Praktijkvorm					
Solopraktijk	0	0	1	1	2
Groepspraktijk	6	6	7	4	23
Wijkgezondheidscentrum	0	0	4	1	5
Ligging praktijk					
Landelijke praktijk	6	5	0	2	13
Stadspraktijk	0	1	12	4	17
Kennis eHealth/mHealth					
Ja	6	6	12	5	29
Neen	0	0	0	1	1
Gebruik van eHealth in de praktijk					
Ja	5	3	5	2	15
Nee	1	3	7	4	15
Geloof in de meerwaarde van eHealth					
Ja	6	6	11	5	28
Neen	0	0	1	1	2
Veranderde houding t.o.v. eHealth na presentatie					
Ja, ik sta er meer voor open en zie de voordelen.	1	3	5	1	10
Ja, ik ben meer weigerachtig.	0	0	0	0	0
Neen	5	3	7	5	20

Barrières voor preventie volgens de huisarts

De barrières voor de implementatie van preventie gerapporteerd door de huisartsen werden opgedeeld in: arts gebonden barrières, patiënt gebonden barrières en barrières gebonden aan derden.

Arts gebonden barrières

De belangrijkste barrière bij alle focusgroepen is het ***gebrek aan tijd bij de arts***. Alle artsen zijn het erover eens dat er in de huisartsengeneeskunde reeds erg weinig tijd is en dat preventie ook nog eens veel tijd vraagt.

De daaropvolgende meest gerapporteerde barrière is het ***gebrek aan financiële vergoeding***. Door het gebrek aan een nomenclatuur nummer voor het uitvoeren van preventie is er minder motivatie van de arts om tijd te maken voor preventie. Met het huidige prestatiesysteem maakt het namelijk niet uit of je tien minuten of een halfuur besteedt aan de patiënt. Een nomenclatuur nummer voor een preventieconsult (welke eerder bestond met het GMD+) lijkt een oplossing voor vele artsen.

-'Vooral tijd is een belangrijke drempel om aan preventie te doen! Er is tijd nodig en er ontbreekt tijd.' (FG 4, HA 6) -'Tijd bij de arts en budget om aan preventie te doen. Met het prestatiesysteem, of dat ge goeie geneeskunde doet of slechte geneeskunde, je krijgt hetzelfde voor dat consult. Dus als je nu op 10 min de acute zaken behandelt of ge zijt een half uur bezig om alle preventieve zaken te bekijken voor een patiënt, waar dat ge goeie geneeskunde doet, ja dat wordt niet beloond…dus het ligt aan de arts zelf om in eer en geweten aan preventie te doen.' (FG 1, HA 6) -'Er is iets nodig in de nomenclatuur, dat er dus een verloning komt, want dat is toch tijdrovend' (FG 3, HA 4)-

Echter niet alle artsen zijn het erover eens dat gebrek aan vergoeding een belangrijke barrière vormt, echter wel het gebrek aan tijd en **gebrek aan ondersteuning** in het doen aan preventie.

-'Ik denk dat niet de verloning zo veel het probleem is maar de hulp die we moeten krijgen. Ik denk dat we numeriek met te weinig mensen zijn om goed aan preventie te doen. Zelfs als ge mij meer verloont zal ik niet nog extra tijd in een dag vinden. Bij ons op de praktijk is er een verpleegster en ik denk dat als die een correcte opleiding krijgt en correct verloond wordt en de praktijk daarvoor gesubsidieerd wordt , dat dat een belangrijk iets is, zowel in gezondheidscentra als in andere praktijken heeft dat zijn nut bewezen, alleen is er geen financiering, maar ik heb wel schrik dat als wij het erbij krijgen dat we verzuipen , want hoe meer preventie dat ge doet, hoe meer casuïstiek ge krijgt en hoe meer werk genereert.' (FG 3, HA 8)-

Ook ***gebrek aan motivatie bij de arts*** om aan preventie te doen komt uit de focusgroepen naar voor als barrière om preventie te gaan toepassen bij hun patiënten, echter niet zo uitgesproken als tijd en vergoeding. De artsen geven aan dat je ook handelt vanuit je eigen referentiekader. Wanneer je bepaalde preventieve adviezen, bijvoorbeeld beweging, al moeilijk bij jezelf toepast, is het moeilijker dit bij je patiënt te stimuleren. Ook geven de artsen aan dat het veel energie vraagt patiënten te motiveren en dit geen eenvoudige opdracht is.

-'Ja maar ik denk dat iedereen wel een beetje vanuit zijn eigen referentiekader handelt. En dat is soms moeilijk, als je voor jezelf iets goed praat, dat niet zo koosjer is, dan zal je lakser zijn met je patiënt denk ik' (FG 2, HA 9) -'En dan ligt het ook aan ons, een stuk onze motivatie als artsen'(FG 1, HA 4)-

Gebrek aan kennis bij de arts omtrent preventie wordt slechts in mindere mate aangehaald door de artsen. Algemeen is er de consensus dat de theorie rond preventie niet echt moeilijk is en elke arts normaal gezien wel over voldoende kennis beschikt om aan degelijke preventie te doen. In sommige gevallen is kennis wel een struikelblok, wanneer het gaat om zeer specifiek advies, bijvoorbeeld voedingsadvies, en ook bij de oudere generatie van artsen kan dat een rol spelen. Wel is men het er in een van de focusgroep heel sterk over eens dat vooral het leggen van prioriteiten bij preventie een moeilijke zaak is, eerder dan de inhoudelijke kennis erover.

-'Ik heb nu niet het gevoel dat kennis rond preventie zo complex is' (FG 3, HA 9) -'Nee, de theorie is niet moeilijk, maar ik vind het wel moeilijk om voor je preventie de juiste prioriteiten te leggen. We weten allemaal veel van preventie, maar als je mij nu zou vragen om er een topic uit te halen die prioritair moet zijn dan zou ik toch twijfelen, welke maatregel heeft meest impact, hetzij op mortaliteit hetzij op morbiditeit , ja dat is wel moeilijk vind ik.' (FG 3, HA 8)-

In één van de focusgroepen komen ook ***het gebrek aan mandaat bij de arts*** en ***de curatieve ingesteldheid van de arts*** aan bod als barrières. Sommige artsen vinden het soms moeilijk om patiënten zonder hulpvraag zelf uit te nodigen tot een preventief consult. Er hangt hierrond wat schroom en men voelt een drempel.

-'Ja dat vond ik in het GMD+ wel heel handig, omdat je dat mandaat had om ze eens uit te nodigen voor een preventie consult en nu vind ik dat zeer moeilijk om dat zelf te doen; dat is tussen de soep en de patatten. Ze komen met kleine klachten ze komen met drie problemen tegelijk dus ge hebt weinig tijd om aan de mensen iets te zeggen over preventie, maar om mensen daarvoor specifiek uit te nodigen, specifiek rond rookstop of vermageren, dan ziet ge dat de mensen afketsen en aan wat ligt dat? Omdat ze dat niet als een prioriteit zien. Het is soms moeilijk om dat mandaat dan te nemen, ik wil dat graag, maar ge merkt toch dat dat niet echt lukt.' (FG 3, HA 11)-

De hulpvraag van de patiënt wordt door sommige artsen als drempel aanzien, niet enkel door het type hulpvraag, die vaak curatief gericht is, maar ook door de hoeveelheid aan hulpvragen waarvoor patiënten consulteren. Preventie vraagt tijd en een veelheid aan hulpvragen leidt er vaak toe dat er eerder oplossingsgericht wordt gewerkt en minder aandacht wordt besteed aan preventie.

-'Maar het is zo dat de patiënten tegenwoordig meer en meer met veel klachten komen. Deze morgen was er een met 7 klachten. Ik zeg ge moogt er 2 uitkiezen. Dan is het natuurlijk moeilijk om die preventie er nog aan toe te voegen.' (FG 2, HA 2)-

Patiënt gebonden barrières

In de focusgroepen komen ook diverse belangrijke drempels aan bod die eerder patiënt gebonden zijn.

De belangrijkste genoemde patiënt gebonden drempel door de huisartsen is ***het gebrek aan motivatie bij de patiënt*.** Artsen vinden het in het algemeen heel erg moeilijk om patiënten te motiveren tot levensstijlveranderingen in het kader van preventie.

'Het is moeilijk toch om mensen te motiveren hé. En vaak is het inderdaad na een event dat er motivatie komt om iets te veranderen.' (FG 3, HA 9) -'Maar natuurlijk de dingen die het belangrijkste zijn, zoals stoppen met roken, minder alcohol, vermageren, dat zijn net de dingen waarin ge de mensen supermoeilijk kunt in meekrijgen…' (FG 3, HA 9)-

Men is het erover eens dat het inherent is aan mensen om niet geconfronteerd te willen worden met hun slechte gewoonten zoals roken, alcoholgebruik en ongezond eten.

'Ik denk dat mensen niet graag worden geconfronteerd dat ze teveel drinken, teveel roken, misschien meer moeten bewegen en eigenlijk een beetje overgewicht hebben.' (FG 1, HA 6)-

Dit gebrek aan intrinsieke motivatie is volgens de artsen ook meestal gekoppeld aan **de socio-economische status (SES)** waar personen uit lager socio-economische klassen minder prioriteit hebben voor gezonde levensstijl, levensstijlveranderingen en preventie. Dit wordt toegeschreven aan andere zorgen: huisvesting, financiële problemen, dagdagelijkse noden zoals eten op tafel krijgen, kinderen naar school laten gaan etc. Ook cultuur heeft een invloed volgens sommige artsen.

-'Ik denk dat de cultuur daar ook wel een rol in speelt. De afkomst. Ook economisch, dat mensen die het wat minder breed hebben minder de kans hebben om bezig te zijn met preventie.' (FG 2, HA 3) -'Vele mensen hebben geen ruimte voor preventie door financiële problemen , sociale problemen,…' (FG 3, HA 9) -'Ja, er zijn nog veel mensen die amper geld hebben om hun acute problemen te betalen, laat staan dat ze aan preventie hun geld gaan uitgeven. Het is net die groep die da meer nodig heeft, de sociaal zwakkeren hebben meer preventie nodig maar zij hebben dan het budget niet om te besteden aan preventie' (FG 1, HA 6)-

Andere mogelijke redenen voor dit gebrek aan motivatie is het feit geen inspanning te willen leveren voor iets waar men op heden nog geen problemen van ondervindt.

-'Vele mensen hebben geen ruimte voor preventie door financiële problemen , sociale problemen, gewoon geen goesting , graag eten, graag sociaal drinken , geen zin om de inspanning te leveren om je levensstijl te veranderen' (FG 3, HA 9)-

Ook wordt **opleiding en kennis** aangehaald als barrière, die dan tot op zekere hoogte weer gebonden zijn aan SES.

-'Kennis en bewustzijn bij de zwakste groepen is een belangrijke voorwaarde' (FG 1, HA 2) -'Misschien zijn opleiding en bewustmaking in het algemeen ook wel een drempel. Preventieve campagnes op radio en tv zijn hiervoor een goede oplossing. Ik vind dat in Vlaanderen eigenlijk al redelijk goed.' (FG 2, HA 5)-

Dit sociale aspect komt vooral naar voor bij de artsen uit stedelijke praktijken en meer bepaald bij artsen werkzaam in wijkgezondheidscentra.

De artsen zijn het erover eens dat het extra moeilijk is om aan preventie te doen omdat slechts een klein deel van de patiënten hiermee bezig is. Een van de redenen naast het gebrek aan motivatie is de **curatieve ingesteldheid van de patiënt** (reason for encounter). Patiënten komen meestal bij de

huisarts omdat ze een probleem hebben (bv. hoest, vermoeidheid, pijn,…) en waar ze op dat moment last van hebben en een oplossing voor wensen. In veel mindere mate komen ze om problemen te voorkomen. Deze ingesteldheid wordt volgens de artsen voor een groot deel beïnvloed door een maatschappelijk aspect en educatie.

-'Onze gezondheidszorg is echt curatief gericht, ja en ik denk dat die mentaliteitswijziging moet bewerkt worden reeds als kind: je kan echt iets doen aan je eigen gezondheid' (FG 3, HA 2) -'Ja dat geremd voelen om iemand uit te nodigen voor een preventief onderzoek, ik heb dat ook, maar dat zegt natuurlijk veel over hoe mensen daartegenover staan, de perceptie en verwachting van de patiënt' (FG 3, HA 10) -'Het is ook zo dat mensen met een bepaalde aandoening bij ons komen, bv. bronchitis, dan kun je ook niet beginnen over osteoporose natuurlijk. De hulpvraag waarmee mensen komen is dus soms een drempel, soms een voorwaarde voor preventie.' (FG 4, HA 5)-

De artsen trachten de curatieve hulpvraag wel als aanleiding te gebruiken om een preventief consult te plannen, maar er is een zekere schroom wegens de financiële gevolgen voor de patiënt.

-'Ik probeer ook , als iemand met een pneumonie komt en die rookt , dan organiseer ik een apart rookstopconsult en dan heb ik gezien dat de patiënt dan toch beseft dat die bezorgdheid van de huisarts dan toch een effect heeft op de patiënt zijn motivatie.' (FG 4, HA 2)-

In een van de focusgroepen komt het **financiële aspect**, ook los van de SES, naar voren als drempel voor preventie. Men gelooft niet dat de patiënt bereid is om te betalen om aan preventie te doen. In de andere groepen komt dit aspect ook heel sterk naar voren, maar dan voornamelijk gekoppeld aan een lage SES (Cf supra).

'….Ik denk ook dat de patiënt niet bereid is om voor preventie te betalen' (FG 1, HA 6)-

Barrières gebonden aan derden

De huisartsen vermelden niet enkel barrières gebonden aan de arts of de patiënt, maar ook meer structurele barrières komen naar voor. De belangrijkste voor de huisartsen zijn een **gebrek aan omkadering** en **financiële ondersteuning en subsidies.** Artsen halen aan dat een systeem waarbij bijvoorbeeld verpleegkundigen een deel van het werk zouden kunnen overnemen en opgeleid worden om te focussen op preventie en gezonde levensstijl nuttig zou kunnen zijn. Hiervoor is subsidiëring nodig en dus een politieke ingreep. Artsen geven aan dat op die manier tijd zou vrijkomen voor de arts om zich op het nodige te focussen. Educatie rond levensstijl en een deel van de voorbereidingen van het preventieconsult, wat veel tijd vraagt en waar de meeste artsen geen tijd voor hebben, zou uitgevoerd kunnen worden door ondersteunende figuren in een praktijk. Men haalt aan dat hier wel infrastructuur voor nodig is, wat problematisch is voor solo artsen met één kabinet. In groepspraktijken kan dit al makkelijker worden geïmplementeerd, opnieuw mits de middelen voor de nodige investeringen voor ruimte en hulpmiddelen voorhanden zijn of worden vergoed.

-'Ik denk dat niet de verloning het probleem is maar de hulp die we moeten krijgen. Ik denk dat we numeriek met te weinig mensen zijn om goed aan preventie te doen. Zelfs als ge mij meer betaalt zal ik niet nog extra tijd in een dag vinden. Bij ons op de praktijk is er een verpleegster en ik denk dat als die een correcte opleiding krijgt en correct vergoed wordt en de praktijk daarvoor gesubsidieerd wordt, dat dat een belangrijk iets is. Zowel in gezondheidscentra als in andere praktijken heeft dat zijn nut bewezen, alleen is er geen financiering, maar ik heb wel schrik dat als wij het erbij krijgen dat we verzuipen, want hoe meer preventie dat ge doet, hoe meer casuïstiek dat ge krijgt en hoe meer werk dat ge genereert' (FG 3, HA 8) -'Omkadering wil zeggen dat de overheid bv. een verpleegkundige zou subsidiëren in praktijken en zich daar kan mee bezighouden en die ons ontlast zodat wij dan meer tijd kunnen vrijmaken om aan preventie te doen. Ge hebt dan ook nog niet alleen de omkadering nodig maar ge hebt ook infrastructuur nodig. Ge hebt dan een apart kabinet nodig om dat te doen als ge een verpleegkundige hebt. Niet alle artsen hebben dat hé. Hier is dat allemaal goed te managen omdat we een groepspraktijk zijn he dus er zijn heel veel voorwaarden om dat haalbaar te maken. (FG 1, HA 3)-

Naast een gebrek aan ondersteuning en structurele aanpassingen in het gezondheidszorgsysteem, vormen ook **de afwezigheid van een nomenclatuur en vergoeding voor de arts** een barrière.

-'Ik denk vooreerst een politieke ingreep. Er is iets nodig in de nomenclatuur, dat er dus een verloning komt, want dat is toch tijdrovend' (FG 3, HA 4) -'En als ge dan hoort dat een apotheker 20 of 25 euro krijgen voor het uitleggen van een device voor COPD gewoon voor het uitleggen, dat begrijp ik echt niet. Preventie zou dan ook minstens deze prijs moeten zijn, dat zou

echt een veelvoud moeten zijn. Ik zou die consultatie gewoon al naar boven trekken, naar zijn echte waarde en dan gaat er meer ruimte ontstaan ook. Dit vraagt maatregelen op politiek niveau' (FG 2, HA 2)-

Oplossingen voor betere preventie

Oplossingen voor betere preventie werden onderverdeeld in 3 groepen: de arts gebonden oplossingen, de oplossingen gebonden aan derden en technische oplossingen.

Arts gebonden oplossingen

In een van de focusgroepen komt een **goede arts-patiënt relatie** aan bod als een oplossing om aan betere preventie te doen, teneinde motivatie bij de patiënt te verkrijgen. Een ander aangehaald punt is de **nood aan eenvoud en simpliciteit bij preventie.** Preventie wordt door de huisartsen als heel erg breed en dus ook tijdrovend ervaren. Veel artsen vinden het moeilijk om prioriteiten te stellen. De artsen geven aan dat er nood is aan eenvoud, een betere omschrijving van preventie, waarbij duidelijkheid is over welke interventies nu op lange termijn het meest gezondheidsvoordeel hebben. Dit zou het voor artsen makkelijker maken preventie toe te passen in de weinige tijd die er is.

-'Een goeie vertrouwensband hebben met je patiënt is key voor goede preventie' (FG 4, HA 6) -'Ik zou hier graag een betere omschrijving zien van wat er bedoeld wordt met preventie, want eigenlijk zijn er veel dingen in preventie, gewicht, bloeddruk, simpele dingen hé want bv. dat vaccineren, ik weet niet of we daar zoveel mensen op een jaar mee redden, weet je wel' (FG 3, HA 6)-

Oplossingen bij overheid en derden

Wanneer we het met de huisartsen hebben over mogelijke manieren om preventie beter te kunnen implementeren in de eerste lijn is het opvallend dat vooral de overtuiging heerst dat de oplossingen vanuit het beleid moeten komen en er dus in de eerste plaats **overheidsmaatregelen** nodig zijn. Voorbeelden worden aangehaald zoals een **jaarlijks verplicht preventief consult** bij de huisarts, dat wanneer je dit niet naleeft invloed heeft op de terugbetaling, cf. het systeem bij de tandarts. Zo leg je volgens de artsen meer verantwoordelijkheid bij de patiënten om voor zichzelf te zorgen. Anderen vinden dit straffende aspect niet passen binnen de eerste lijn en menen dat dit de laagdrempeligheid van de eerste lijn zou kunnen verstoren.

-'Het is een beetje zoals het preventieve consult bij de tandarts, je moet eenmaal per jaar gaan, anders verlies je je recht op terugbetaling, zo van die dingen om patiënten te betrekken.' (FG 3, HA 6) -'Alle medische diensten zijn vandaag heel laagdrempelig. Ik zou niet straffen in de eerste lijn maar wel op een of andere manier aanmoedigen en ons de kans geven dat we daar de ruimte en tijd voor kunnen maken om dat te implementeren en te motiveren eigenlijk maar niet met dwang.' (FG 2, HA 2)-

Een **nomenclatuurnummer** voor het preventieconsult en dus een vaste verloning hiervoor komt ook diverse keren naar voor als mogelijke en noodzakelijke oplossing.

-'Ik denk vooreerst een politieke ingreep. Er is iets nodig in de nomenclatuur, dat er dus een verloning komt, want dat is toch tijdrovend' (FG 3, HA 4)-

Niet alle artsen zijn ermee akkoord dat de verloning op zich een oplossing zou zijn, gezien dit niet het tijdsgebrek, dat men ervaart, oplost. Eerder wordt gerefereerd naar een mogelijke **subsidiëring van praktijken voor extra ondersteuning.** Artsen halen aan dat verpleegkundigen zouden kunnen worden opgeleid om preventieve consulten te doen, die dan verder opgevolgd worden door de huisarts. Dit lijkt voor vele artsen een oplossing voor de factor tijdsgebrek, die niet enkel met verloning opgelost kan worden.

-'Ik denk dat preventie niet allemaal bij de huisarts moet, bv. de verpleging, die kan de vragenlijsten overlopen en van zodra de patiënt eigenlijk binnen komt bij de arts, dat je al weet wat is in orde of wat is niet in orde zodat je niet alles zelf moet vragen, maar da ge enkel moet focussen op de punten waar ge echt preventie kunt doen' (FG 1, HA 6) -'Maar wat is een beetje het probleem, de verpleegkundigen worden niet echt bezoldigd in huisartspraktijken eigenlijk niet als verpleegkundige maar als secretaresse, maar dan moeten ze ook subsidies geven voor VPK in de praktijk' (FG 2, HA 6)-

Een systeem waarbij motivatie van de patiënt wordt gestimuleerd door een **financiële aansporing** wordt eveneens aangehaald.

-'Ik denk dat een incentive voor zowel patiënt als arts belangrijk is om te motiveren' (FG 1, HA 4) -'Ja zoals bij de tandarts, mensen stimuleren door daar een financieel iets tegenover te zetten' (FG 1, HA 5)-

In bepaalde focusgroepen komt ook de suggestie naar voor dat preventie meer van hogerop zou moeten worden **gereguleerd** zoals nu reeds het geval is bij de bevolkingsonderzoeken, zodat de organisatie minder bij de huisarts ligt. Dit zou breder moeten worden aangepakt gezien de positieve invloed op toekomstige gezondheidskosten voor de maatschappij en op het verhogen van het algemeen welzijn. De overheid zou de patiënten bv. om het jaar (eventueel afhankelijk van de leeftijd) uitnodigen op algemeen preventieconsult (gezonde levensstijl, risicobepaling chronische ziekten,…) bij de huisarts.

-'Die bevolkingsonderzoeken dat werkt ook wel vind ik. Ik vind dat wel goed dat die organisatie niet volledig bij de huisarts ligt' (FG 3, HA 2) -'Ik denk dat een grote noodzakelijkheid is dat patiënten van hogerop worden aangeschreven om bij de huisarts te komen voor preventie en niet enkel de huisarts die op individueel niveau werkt' (FG 4, HA 7)-

De curatieve ingesteldheid van de bevolking wordt ook aangehaald als drempel. Artsen geven aan dat het heel erg belangrijk is van jongs af aan de juiste boodschap mee te geven aan kinderen op school. Het is nodig kinderen preventief te leren denken door **educatie** rond voeding en beweging en hen in te lichten over de relatie hiervan tot het ontstaan van ziektes. Zo ontstaat een attitude waardoor men naar de dokter gaat voor preventie en niet enkel omdat men ziek is. Niet enkel via educatie van kinderen op school, maar ook via de **media en reclamecampagnes** kunnen preventieve boodschappen bijdragen tot een mentaliteitsverandering bij de bevolking, zowel bij arts als patiënt.

-'Vandaar dat ik denk dat van jongs af aan een boodschap op scholen voor kinderen wel heel belangrijk is. Jong die boodschap geven dat gezonde voeding bijna het allerbelangrijkste is samen met beweging, belangrijker bv. dan hoestsiroop, want veel mensen denken dat als ze ziek zijn hoestsiroop helpt. De boodschap zou moeten worden gegeven dat je naar de dokter gaat voor preventie, want dat is het beeld dat nu van de arts wordt verspreid, het is curatief , en men spreekt niet over het preventieve.' (FG 3, HA 2) -'Ik zou reclame maken over gezonde voeding doen . Er zijn heel veel mensen die denken dat ze gezond eten maar er zijn heel veel misvattingen over wat gezond is . Maar wel praktisch bv. niet ge moogt geen dierlijke vetten eten, mensen weten niet wat dierlijke vetten zijn, hé. (FG 3, HA 8)-

De artsen zijn ook van mening dat preventie niet enkel van de huisarts moet komen. Alle zorgverstrekkers dienen **dezelfde boodschap** te verkondigen: verpleegkundigen, huisartsen, kinesisten, specialisten. Niet alles mag worden gemedicaliseerd, iets wat volgens bepaalde huisartsen vaak gebeurt in 2e lijn. Dit maakt de boodschap van de huisarts omtrent preventie moeilijker te brengen. Denk maar aan overgewicht en rugproblematiek. Deze personen motiveren tot levensstijlverandering is veel moeilijker dan ze verwijzen naar de 2e lijn voor infiltraties.

-'Meerdere partners moeten samenwerken om preventie te laten werken, het moet niet enkel van de huisarts komen' (FG 2, HA 1) -'Ja in preventie is de rol van de huisarts belangrijk, maar de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn ook. Want soms bij mensen met rugpijn en overwicht, zeg je dat het aangewezen zou zijn om 20 kg te vermageren en die gaan dan bij een specialist en die zegt dan niet hetzelfde dus het is erg belangrijk dat iedereen, de huisarts, de verpleegkundige en alle zorgverstrekkers dezelfde boodschap brengen aan de patiënt en niet alles gaan medicaliseren en echt inzetten op preventie. Als iemand voelt dat er een andere oplossing is dan de inspanning om zelf iets te ondernemen, gaat hij uiteraard voor de gemakkelijke oplossing.' (FG 3, HA 2)-

Technische oplossingen

Het hebben van **overzichtelijke dossiers** zoals het GMD plus, dat er ooit is geweest, komt in alle focusgroepen aan bod als een goede oplossing om preventie beter te kunnen toepassen in de eerste lijn. Vrijwel alle artsen vinden het jammer dat een initiatief zoals het GMD plus is afgevoerd. Ze vonden dit een handig systeem waarbij je als arts het mandaat kreeg patiënten uit te nodigen voor een preventief consult waarbij vragenlijsten (eventueel vooraf thuis of in de wachtzaal) werden ingevuld door patiënten en die dan werden besproken met de arts. Daarbij werden dan aanbevelingen gegeven over bijvoorbeeld voeding, beweging, vaccinaties en medicatie.

-'Ja dat vond ik in het GMD plus wel heel handig omdat je dat mandaat had om ze eens uit te nodigen voor een preventieconsult en nu vind ik dat zeer moeilijk om dat zelf te doen. Ze komen met kleine klachten. Ze komen met drie problemen tegelijk dus ge hebt weinig tijd om aan de mensen iets te zeggen voor preventie, maar om mensen daarvoor specifiek uit te nodigen specifiek rond rookstop of vermageren dan ziet ge dat de mensen afketsen. Het is soms moeilijk om dat mandaat dan te nemen, ik wil dat graag, maar ge merkt toch dat dat niet echt lukt.' (FG 3, HA 11) -'GMD plus vond ik wel een goede tool. Wij hadden echt een tool in ons medisch pakket waarbij de vragen heel snel en systematische konden afgevinkt worden en op het einde een aanbeveling wat er voor de patiënt moest gebeuren en ik heb dat heel veel gebruikt.' (FG 1, HA 6)-

Ook het hebben van een **goed informaticasysteem**, waar informatie op een overzichtelijke en gestructureerde manier kan worden gedocumenteerd wordt als belangrijk naar voor geschoven.

-'Ja ook structuur is super belangrijk. Allez ge vergeet dingen maar als ge een vaste structuur hebt in een consultatie specifiek naar preventie toe en zaken plant dan gaat ge dat veel beter en georganiseerder doen want anders vergeet ge dat toch allemaal.' (FG 1, HA 5) -'En dan is het tweede naast de GMD dat ik zou aanbrengen dat is een goed computerprogramma dat ook al die velden toont, dat ge een overzicht hebt' (FG 2, HA 3)-

Digitalisering en tools komen ook naar voor als mogelijke oplossingen voor de hierboven vernoemde drempels bij preventie, hoewel in mindere mate dan andere oplossingen. Tools kunnen volgens de artsen helpen om op een eenvoudige en efficiënte manier informatie te verzamelen vooraleer patiënten bij de huisarts komen. Patiënten kunnen thuis digitale vragenlijsten invullen en later bespreken bij de huisarts, wat tijdbesparend werkt. Tools kunnen daarnaast een goed overzicht bieden. Een mogelijk voordeel van het werken met tools is de eigenschap om op een makkelijke manier mensen eraan te herinneren levensstijlaanpassingen te doen. In de dagdagelijkse praktijk is het moeilijk telkens weer terug te komen op voeding, beweging, belang van rookstop etc. door onder andere tijdsgebrek. Digitale herinneringen zouden kunnen helpen volgens de artsen.

-'Ik denk zeker met de beperkte tijd en de beperkte verloning dat we zeker nood hebben aan tools. Ik denk dat ge het eigenlijk alleen maar goed kunt doen als je de patiënt met huiswerk laat terugkomen. Ik denk dat ge dan echt een goed zicht kunt krijgen en dat ge zo kunt doorverwijzen naar kijk daar kunt ge die informatie terugvinden daar kun je dat doen, ik vind dat wel belangrijk, persoonlijk hé' (FG 2, HA 3) -'Maar natuurlijk de dingen die het belangrijkste zijn, zoals stoppen met roken, minder alcohol, vermageren, dat zijn net de dingen dat ge de mensen supermoeilijk kunt in meekrijgen. Ik denk dat we heel vaak bespreken, maar die ook vaak afgeketst worden en om dan de tijd te nemen om daar telkens toch weer op in te gaan, dat is inderdaad iets dat we misschien niet genoeg doen, en wie weet kunnen apps dan wel het repetitieve geven, wat dan wel plotseling een invloed kan hebben?' (FG 3, HA 9)-

Algemene ideeën omtrent preventie, digitalisering en online platformen

Algemene opmerkingen

Aan de hand van een afbeelding (bijlage 1), werd aan de artsen in elke focusgroep gevraagd welke gedachten en ideeën bij hen opkwamen bij het zien ervan.

Huisartsen vermelden dat ze preventie zien als **echt huisartsenwerk** en geloven ook dat digitalisering hier een rol in zal spelen.

-'Preventie ten eerste, is superbelangrijk in huisartsenpraktijk en we zullen er meer en meer aandacht aan besteden. Het is ook echt wel huisartsen werk' (FG 1, HA 5) -'Vermoedelijk zal preventie op afstand ook de toekomst worden. Er zijn hier en daar ook al bijscholingen ook. Dus bepaalde parameters bij de mensen thuis kunnen opgenomen worden en worden toegestuurd aan ons, dan kunnen we dit detecteren en waarschijnlijk ook op inpikken als het afwijkende waarden zijn dat staat ons dus wel te wachten' (FG 1, HA 3)-

Men ziet digitalisering als een onderdeel van **de toekomst** van onze gezondheidszorg. Als aanvulling op huidige zorgmethodes kan het mogelijkheden bieden.

-'Apps en digitalisering, dat lijkt de toekomst te zijn' (FG 2, HA 2) -'Mijn zonen kunnen zeer goed met computers overweg, ge moet daar wel mee bezig zijn, ook die iPhone, daar heb ik ook les voor gevolgd, het is deel van de toekomst' (FG 4, HA 6)-

Men is wel van mening dat het allemaal **zeer snel** gaat en niet iedereen voelt zich hier comfortabel mee. Een enkele arts vindt het hele verhaal rond digitalisering afstotend.

-'Ja, het gaat wel zeer snel hé, ik zie wel al zeer veel mogelijkheden, zoals voorspellend vermogen.' (FG 4, HA 7) -'Het stoot mij af, dat is mijn gevoel, maar ik weet dat ik een van de oudere huisartsen ben en ik ben nooit in dat verhaal meegegaan en dat wordt een heel pijnlijke bevalling voor mij.' (FG 4, HA 5)-

Vele artsen gebruiken gezondheidsapps, vooral stappentellers, maar ook bv. apps voor mentale gezondheid en mindfulness, wel al voor zichzelf. Sommigen gebruiken ze ook voor patiënten, maar in mindere mate.

-'Ik gebruik die app linksboven en die zetten mij aan als ik mijn 10000 stappen niet gehaald heb tegen 's avonds om nog eens een blokje rond te wandelen. Voor mij is dat zeer motiverend. Dat is voor mezelf. Raad ik het aan, aan mijn patiënten? Neen' (FG 3, HA 6) -'Ik raad dat wel aan, aan mijn patiënten. Zo mensen die te sedentair zijn en een smartphone hebben, zo een stappenteller, ik vind dat wel dat dat iets is dat kan helpen. Soms is het iets dat ik eens zeg tegen mensen.' (FG 3, HA 8)-

Bezorgdheden

Arts

Er rijzen onmiddellijk wel enkele vragen: wat met evidentie en kwaliteit? Gaat het tijdbesparend werken of ons meer werk bezorgen? Hoe gaan we kunnen volgen? Geneeskunde met twee snelheden en meer ongelijkheid in de zorg?

-'Ja stappentellers dat raad ik ook vaak aan ; ook de headspace app, een mindfulness app,…; ik ken die zelf ook en ook meer ervaring mee heb en dat schept wel vertrouwen; dat is altijd moeilijk, de kwaliteit, als er nieuwe apps zijn en ge kent die niet als ge die zelf wat kent is dat wel makkelijker om die aan te raden aan patiënten' (FG 3, HA 10) -'Ge gaat ook veel belangrijke doelgroepen niet bereiken daarmee. De 65+ waar hartritmestoornissen en diabetes meer voorkomen. Die ga je moeilijk met zo een app aan het werk krijgen. Ik denk dat we heel veel telefoons gaan krijgen voor ja dingen die nie werken ik denk dat dat veel meer tijd gaat kosten dan dat ons dat tijd ga besparen.' (FG 1, HA 6)-

Een belangrijke gerapporteerde bezorgdheid bij de artsen is **de betrouwbaarheid en kwaliteit** van apps en online platformen. Men vindt het belangrijk dat tools en apps wetenschappelijk onderbouwd zijn en ook worden ondersteund door de overheid.

-'De waarde van zo een app is maar ok als je weet dat dit wetenschappelijk onderbouwd is, want er is ook veel troep van apps die veel onrust kunnen veroorzaken, dus ik vind dat dit zeer zinvol is als die app ondersteund wordt door de federale overheid in het kader van de preventie of door onze beroepsvereniging waardoor we kunnen weten dat wij er betrouwbaar mee aan de slag kunnen, als we die zaken allemaal helemaal moeten herbekijken dan zijn we geen stap vooruit.' (FG 3, HA 8) -'Digitalisering en allerhande apps kunnen een mooie aanvulling zijn , maar is het wel kwalitatief? Je moet wel harde eindpunten hebben vind ik' (FG 4, HA 1) -'Voorlopig ben ik nog voorzichtig naar apps toe, omdat ik niet weet of die accuraat zijn en of ze de juiste dingen meten' (FG 1, HA 2)-

Er speelt niet enkel de bezorgdheid of de apps en tools een betrouwbare medische inschatting kunnen maken, maar ook of de patiënten betrouwbare informatie zullen ingeven. Volgens de artsen speelt hier het opleidingsniveau een rol. Indien de tools niet betrouwbaar zijn of indien hier geen regulatie rond is, geven de artsen aan dat ze hier niet op vertrouwen en dat het gebruik van apps enkel meer werk zal geven.

-'….want ge moet het nog altijd helemaal opnieuw doorlopen, want je wil dit toch nog eens controleren.' (FG 1, HA 3) -

Daarnaast leeft ook de bezorgdheid rond **aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid** bij de huisartsen. Wie is verantwoordelijk? De arts, de patiënt, het bedrijf dat de app levert? De huisartsen in deze studie vinden het belangrijk dat er duidelijkheid is rond dit onderwerp en zijn van mening dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt moet liggen, wanneer de patiënt beslist om digitale tools en apps te gebruiken. Indien patiënten willen dat de huisarts hierin betrokken is, moeten ze zelf naar de huisarts stappen. De huisartsen uiten duidelijk de bezorgdheid dat zij het heel erg moeilijk zouden vinden om telkens alle resultaten van patiënten die allerhande tools en apps gebruiken te gaan bekijken. Ze zijn bezorgd door tijdsgebrek zaken te missen over de situatie van hun patiënten wegens

de veelheid aan te valideren data.

-'Ja dat is inderdaad de verantwoordelijkheid van de patiënt, hij moet daar de verantwoordelijkheid nemen dat hij daar iets mee doet hé' (FG 2, HA 2) -'Ik heb dit ooit eens gehad dat er een pdf in mijn eHealth box kwam via een digitale tool, ik heb dat snel even overlopen, maar ik heb dan wel niets meer gehoord van die patiënt, hij heeft mij daar niet meer op aangesproken, maar dit zit wel bij mij en dat is dan wel een beetje tricky, de verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt, maar door het naar de huisarts te sturen wordt dit wel een beetje verschoven.' (FG 3, HA 2)-

De huisartsen zijn daarnaast ook bezorgd over de **veelheid van tools en apps** die momenteel op de markt komen. Men ziet zelf het bos door de bomen niet meer. De artsen kennen al deze apps en tools ook niet, dus maken ze zich zorgen over de rol die zij hier in (kunnen of moeten) spelen. Er is onduidelijkheid omtrent **de plaats van de huisarts** in dit verhaal.

-'Ik denk bij deze afbeelding aan Apps, een van de vele he' (FG 2, HA 1) -'Ik heb daar zeker geen aversie tegen, maar ik zie zelf het bos door de bomen niet meer, als iemand mij zou vragen welke app hij zou moeten gebruiken, dan zou ik niet kunnen antwoorden , er is inderdaad zo een keuze aan mogelijkheden , ik zou ook niet weten…' (FG 4, HA 2) -'Het wordt nu wel sterk gepropageerd. Ook zelfs van minister De Block die daarover spreekt. Maar waarbij we ons moeten afvragen en over reflecteren of dat dat wel degelijk een meerwaarde is, een toegevoegde waarde is, en de kwaliteit daarvan, ook de interpretatie daarvan en dergelijke meer. Op het eerste zicht zonder verdere reflectie lijkt het me allemaal nie zo simpel zoals het daar voorgesteld wordt en je hebt nog altijd de huisarts nodig om daar wegwijs in te geraken. Je vraagt je soms af waar is onze plaats dan in dat debat dan?' (FG 2, HA 2)-

Artsen vragen zich ook af wat **de meerwaarde is van tools en apps** op dit moment. Er worden volgens hen heel veel data verzameld, data waar men op heden spijtig genoeg soms weinig mee doet, ondanks de opportuniteiten. Men stelt zich de vraag welke data een meerwaarde zijn en welke enkel meer ballast bezorgen.

-'Dat is een van onze grote problemen van de toekomst hé: de info die geaccumuleerd wordt dat is een explosie hé, wat doe je daarmee, en wat is de zin, wat draagt bij, wat is ballast.' (FG 4, HA 5) -'Ja maar er zijn zodanig veel data waar er niets meer gebeurt op vandaag voor onze patiënten. Apps blijven alsmaar data verzamelen wat goed is, maar het is jammer dat de vervolgstappen nog niet op punt staan.' (FG 3, HA 4)-

Eerder werd aangehaald dat de grootste barrière voor huisartsen om aan preventie te doen het gebrek aan tijd is. Bij veel huisartsen rijst de bezorgdheid dat digitalisering niet zou leiden tot minder werk en dus tijdsbesparend, maar **meer werklast en ongecontroleerde informatie**. Ze zijn bezorgd dat ze zich naast het huidige werk nog zouden moeten bezig houden met het verwerken en valideren van data van tools en apps.

-'Nu moeten we al zorgen dat al onze brieven gelezen zijn, laat staan dat er daarnaast nog iets even arbeidsintensief is dat je moet controleren.' (FG 1, HA 5)-

Patiënt

Artsen brengen ook diverse bezorgheden naar voor die van toepassing waren op de patiënt. Zo is het merendeel van de artsen bezorgd dat dergelijke digitale evoluties met apps en digitale tools zouden leiden tot meer **ongelijkheid** op verschillende niveaus.
Nagenoeg alle artsen zijn van mening dat digitale tools, apps en digitalisering aanleiding geven tot een selectiebias waarbij vooral de 'worried well' van onze maatschappij worden aangesproken. Deze groep van de maatschappij die reeds heel erg bewust bezig is met zijn/haar gezondheid, heeft volgens hen minder nood aan dergelijke ondersteunende tools die bijdragen tot gezonde levensstijl en educatie geven betreffende preventieve maatregelen.

'Ik werk ook in een wijkgezondheidscentrum, en dat is meer iets voor de 'worried well', en die hebben eigenlijk al een goede score voor preventie en dat ge dat dus minder gaat kunnen gebruiken voor de mensen die er echt baat zouden bij hebben' (FG 3, HA 1) -'Ik vrees dat je wel een bias zal hebben van gezonde vijftigers hé die daar al mee bezig zijn, die daar kunnen mee werken en mee bezig zijn met hun gezondheid en die daar willen in investeren (bevestigende ja van andere dokters)' (FG 2, HA 3)-

Artsen halen aan dat personen met lagere SES die werkelijk baat zouden hebben bij dergelijke evoluties uit de boot vallen. Net waar deze populatie, met hoger risico op chronische ziekten en lagere

levensverwachting, meer beschermd zou moeten worden, volgens hen. Ook het kostenplaatje dat vasthangt aan het gebruik van dergelijke tool, draagt hiertoe bij. Veel mensen hebben nog niet genoeg geld om basiszorg toe te passen, laat staan te werken op preventie via dure tools en applicaties.

-'Maar ik denk dat je een heel deel van de bevolking die je eigenlijk meer moet beschermen of die minder beschermd zijn, dat die uit de boot gaan vallen' (FG 2, HA 3) -'Ja ik vind dat ook zeer interessant, maar ik heb soms wel het gevoel dat dat de gezondheidskloof nog meer zal vergroten want ge moet dat niet zo aanraden aan de sterkere patiënten en ik heb het gevoel dat mensen die daar niet mee overweg kunnen dat die daar meer en meer achterop geraken door zulke applicaties' (FG 3, HA 2)-

Niet enkel personen uit lagere SES zouden volgens de meeste huisartsen uit de boot vallen, maar ook personen met gebrekkige digitale kennis, anderstaligen en ouderen die minder vertrouwd zijn met digitalisering.

-'Ik vind dat niet altijd gemakkelijk, ook al omdat wij met veel patiënten zitten die anderstalig zijn, ook patiënten met heel beperkte draagkracht die niet goed overweg kunnen met al die eHealth toestanden en zo, en waar preventie sowieso al een ver van mijn bed show is en geen prioriteit is. Het is soms moeilijk om er toe te komen ons daarin te verdiepen omdat we veel andere brandjes te blussen hebben bij wijze van spreken en dat is misschien wel jammer voor ons betere patiënten dat die daar dan wel baat bij zouden hebben' (FG 3, HA 9) -'Oude mensen vallen meer en meer uit de boot door die digitalisering hé. Je hebt de groep die het kent en weet en toegang heeft en dan heb je ook de anderen, het wordt dus een enorme kloof hé' (FG 4, HA 5)-

Bij een deel van de artsen leeft ook de bezorgdheid dat door deze digitale evoluties enerzijds een **valse ongerustheid** kan ontstaan bij mensen. Dit doordat de informatie die mensen krijgen over hun gezondheidstoestand in dergelijke tools en apps niet genuanceerd is. Er is nog uitleg nodig door een zorgprofessional. Anderzijds kan ook een **vals gevoel van controle** en geruststelling optreden wanneer een tool zegt dat je gezondheid optimaal is, terwijl dit misschien niet voldoende gevalideerd is.

-'Ten tweede vind ik ook, en ik weet niet of dat dan over preventie draait, maar de hartslag die wordt bijgehouden en ook ECG's die worden bijgehouden bij een patiënt, ik denk dat dat wel soms een gevoel van onrust kan oproepen en een gevoel van controle dat de mensen hebben, maar dat eigenlijk een vals gevoel is, een controle die er eigenlijk niet is natuurlijk. De patiënt denkt dat is hier allemaal goed, want mijn app zegt dat ik perfect gezond ben, terwijl dat dat natuurlijk veel genuanceerder is.' (FG 3, HA 5) -'Soms gaan mensen met gegevens komen naar de arts en denken dat ze een hartstilstand gedaan hebben omdat hun hart naar 220 gegaan is terwijl dat er waarschijnlijk toch niets aan de hand was en dat ze zich dan ongerust gemaakt hebben daarmee, nodeloos ongerust.' (FG 1, HA 4)-

Overheid en derden

Artsen stellen zich ook de vraag of deze digitalisering werkelijk leidt tot een **kostenbesparend effect.**

-'Ik vraag me af of het wel goedkoper zal worden? Als ik kijk naar de prijzen die sommige firma's vragen voor apps, die je levenslang moet gebruiken, de VKF app, 3 euro per maand. Als je dat gaat uitrekenen vraag ik me af of dat zoveel goedkoper gaat worden.' (FG3, HA 4)-

Artsen halen ook aan dat het gebruik van digitale tools en apps voor gezondheid kan leiden tot een **overconsumptie** van de gezondheidszorg.

-'Het leidt ook een beetje tot overconsumptie, zo een app die de slaap meet bv., dan is de vraag op consultatie, ik heb te weinig diepe slaap, en dan vraag je, wel en hoe voel je je? Antwoord ja goed, ik voel mij uitgerust' (FG 4, HA 7) -'Ge gaat ook weer met onder en overbehandeling zitten omdat er overscreening zal zijn gelijk bij kanker.' (FG 1, HA 2)-

Opportuniteiten en voordelen

Arts

Verschillende van de artsen zien echter wel diverse opportuniteiten in digitalisering. Via dergelijke digitale tools en apps worden erg veel data verzameld, data die volgens enkele van de artsen zeer veel opportuniteiten bieden en welke via **artificiële intelligentie een voorspellend vermogen** kunnen hebben en een meerwaarde kunnen vormen voor de geneeskunde.

-'Mijn gevoel is wel dat er enorme opportuniteiten zijn in dat systeem. Big data kan zoveel informatie bieden als die op een goeie manier met artificiële intelligentie kan bewerkt worden kan dat de geneeskunde zeker vooruit helpen maar natuurlijk het moeten, zeer betrouwbare dingen zijn. We gaan naar het tijdperk van internet of things. Dus als dat kwalitatief kan

verzameld worden en beheerd worden door intelligente systemen die gevalideerd zijn door wetenschappers en instanties dan geloof ik daar wel in. Ik denk dat dat ook het enige kan zijn dat zeer besparend kan werken op lange termijn. Dus ik ben ervan overtuigd dat er enorme opportuniteiten zijn. Dus heel veel gevaren en verantwoordelijkheden en dus heel veel vraagtekens maar wel gigantische mogelijkheden en opportuniteiten denk ik.' (FG 1, HA 5)-

Ook de mogelijkheden om op een **overzichtelijke en efficiënte manier informatie** te verzamelen en te beheren geven de artsen aan als een potentieel voordeel dat schuilt in digitalisering. Data kunnen veel makkelijker worden verzameld, geanalyseerd en beheerd, op voorwaarde dat het gevalideerde systemen zijn. Ze kunnen zowel de arts als de patiënt ondersteunen om bepaalde screeningadviezen te helpen herinneren of te wijzen op gezondheidsrisico's. Ook het repetitieve aspect, welk noodzakelijk is voor motivering bij preventie kan makkelijker worden gefaciliteerd via digitale toepassingen, volgens een bepaalde arts.

-'Ik denk dat tools en apps wel kunnen helpen ter herinnering van. Als patiënten bepaalde onderzoeken slechts lang geleden hebben gehad dat het kan herinneren om hen op de hoogte te brengen dat het tijd is voor uitstrijkjes, stoelgangstest voor darmkanker. Dat dit niet enkel in het dossier van de arts zit, maar dat de patiënt het ook ziet.' (FG 2, HA 5) -'Maar natuurlijk de dingen die het belangrijkste zijn, zoals stoppen met roken, minder alcohol, vermageren, dat zijn net de dingen dat ge de mensen supermoeilijk kunt in meekrijgen, ik denk dat we dit heel vaak bespreken, maar die ook vaak afgeketst worden en om dan de tijd te nemen om daar telkens toch weer op in te gaan, dat is inderdaad iets dat we misschien niet genoeg doen, en wie weet kunnen apps dan wel het repetitieve geven, wat dan wel plotseling een invloed kan hebben? (FG 3, HA 9)-

Tot slot kan een **goede visualisatie** een hulp zijn om complexe data op een eenvoudige manier weer te geven en zo efficiënter patiënten te ondersteunen om de regie te nemen over de eigen gezondheid.

-'Ik had deze week iemand die terugkwam van de cardioloog met een app, ze heeft last van een intermittente tachycardie, en ze was aangeraden om te registreren op het ogenblik dat ze het voelt, en ook wanneer ze het niet voelt aantekeningen te maken, en ze kwam bij mij; en tussen 9 en 10 had ze daar last van gehad en ik kon dat wel goed zien in die app, het was de eerste keer dat ik zo iets zag en visueel was dat wel goed leesbaar' (FG 3, HA 2)-

Patiënt

De komst van digitalisering en tools die ter beschikking worden gesteld van patiënten om hun eigen gezondheid te monitoren, hen te ondersteunen in levensstijlaanpassingen, inzicht te geven in hun eigen gezondheid, wordt door vele artsen, ondanks de bezorgheden die eerder werden vermeld ook wel gezien als een opportuniteit. Dergelijke tools kunnen patiënten bewuster maken wat betreft hun eigen gezondheid en ze een extra duwtje in de rug geven om de regie op te nemen van de eigen gezondheid. Digitalisering kan **motiverend en bewustmakend** werken.

-'Ik denk ook dat dat de mensen bewust maakt van preventie als ge zo tools beschikbaar stelt. Als ge dan een goeie tool vasthebt en de mensen zijn bewust met hun gezondheid bezig dan kunnen ze zich laten ondersteunen, een extra duwtje in de rug om gezond bezig te zijn. Dat motiveert'. (FG 2, HA 5)-

Door de toepassingen in dergelijke tools en de mogelijkheid tot follow-up wordt **patiënt empowerment** gestimuleerd. Zo kunnen herinneringen voor bepaalde onderzoeken, niet enkel nuttig zijn voor de arts, maar ook voor de patiënt. Huisartsen gaven aan dat patiënten op die manier meer de mogelijkheid krijgen de eigen gezondheid in handen te krijgen.

-'Dergelijke evoluties en tools kunnen wel leiden tot patiënt empowerment' (FG 2, HA 5) -'Ja ik denk dat we moeten komen tot een situatie waar de patiënt zelf zijn gezondheid meer onder controle kan nemen…' (FG 3, HA 11)-

Overheid en derden

Waar vele artsen bezorgd zijn om een mogelijke toename van de kosten, zijn andere van mening dat deze evoluties de enige manier zijn om op lange termijn **kostenbesparend** te gaan werken.

-'Ik denk dat dat ook het enige kan zijn dat zeer besparend kan werken op lange termijn…' (FG 1, HA 5)-

Verder zien bepaalde huisartsen dergelijke tools als een mooie opportuniteit om meer **samenwerking** te creëren in de eerste lijn. Via dergelijke tools kunnen patiënten in verschillende situaties bewust

gemaakt worden van de eigen gezondheid en preventie. Bv. door de tools ook beschikbaar te maken bij de apotheek.

-'Ik hoor nu ook van apothekers, op meetings die we samen hebben, dat ze nu ook graag in de apotheek dergelijke zulke toestellen zouden willen plaatsen. Vroeger was dat alleen de weegschaal die in de apotheek stond, maar nu zouden ze ook een bloeddrukmeter kunnen installeren of een glucose meter kunnen installeren of zelfs een toestel dat de hartslag eventjes monitort, waarbij dat het de bedoeling is dat ze dan doorverwijzen naar de huisarts indien nodig. Het feit dat ge hier toch staat te wachten op uw medicatie kunt ge dan een aantal van die tools gebruiken. Daar ben ik niet tegen.' (FG 2, HA 2)–

Voorbeeld van een tool emma.health in de ondersteuning van preventie in eerste lijn

Tijdens de focusgroepen werd een uitgebreide demonstratie gegeven van een digitale tool, emma.health, die op de markt werd gebracht met als doel mensen te motiveren hun eigen gezondheid in handen te nemen. Deze tool wordt gebruikt onder begeleiding van zorgprofessionals en laat patiënten inzicht verwerven in hun gezondheidstoestand. De tool is gericht zowel op indicatoren van chronische ziekten als levensstijl, teneinde chronische aandoeningen te vermijden. De reacties van de artsen worden hierna besproken.

Bezorgdheden

Arts

De bezorgheden die de huisartsen naar voren brengen, na demonstratie van deze tool zijn in lijn met de algemene bezorgheden omtrent digitalisering in het algemeen zoals eerder besproken.

Als eerste belangrijke bezorgdheid geven bijna alle huisartsen aan dat ze zich met een dergelijke tool zorgen maken omtrent **de eindverantwoordelijkheid**, omdat de resultaten van het gebruik van het tool automatisch naar de huisarts verstuurd worden, zonder dat de huisarts gecontacteerd wordt door de patiënt.

'Ge moet wel een beetje opletten. Wij krijgen dan al die verslagen binnen, ge moet ze ook wel allemaal gelezen hebben, ge moogt niets missen, de verantwoordelijkheid die hierrond hangt.' (FG 2, HA 3) -'Ja maar wat gebeurt daar dan mee, veronderstel dat er een alarm is, moet je dan zelf actie nemen als arts? Wie is verantwoordelijk?' (FG 4, HA 2) -'De vraag is, wat verwacht de patiënt als ze dat ingevuld hebben waar dat dat terecht komt en wat hiermee gebeurt?' '…dat wij dat lezen en dat wij dan reageren?' 'Zit daar iets juridisch achter dat de huisarts niet verantwoordelijk is …?' (FG 1, HA 3/5 en 6)

Ook over de kwaliteit en de **betrouwbaarheid en kwaliteit** van deze digitale tool stellen ze zich vragen. De huisartsen vragen zich af in welke mate deze tool wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd is en vinden het belangrijk dat dergelijke initiatieven worden gereguleerd en ondersteund worden door de overheid of de beroepsvereniging.

'Ik denk dat indien deze app in beheer zou zijn van een officiële instantie zoals oncologisch onderzoek naar darm of longen of mammografie, dat dit veel bruikbaarder zou zijn voor ons, terwijl dit nu los op de markt is gegooid, er zit ook geen systematiek in, hoe vaak moet je dit doen, wanneer moet je het doen, dat is voor mij een essentiële voorwaarde, want dan krijg je een brief van die instantie, met ok of niet, en dan pas kun je daar echt mee aan de slag' (FG 3, HA 8) -'…dus ik vind dat dit zeer zinvol is als die app ondersteund wordt door de federale overheid in het kader van de preventie of door onze beroepsvereniging waardoor we kunnen weten dat wij er betrouwbaar mee aan de slag kunnen , als we die zaken allemaal helemaal moeten herbekijken dan zijn we geen stap vooruit.' (FG 3, HA 8)-

Daarnaast twijfelen ze ook of patiënten gegevens wel correct zullen invullen en of het resultaat dus bruikbaar zal zijn. Het correct invullen kan volgens hen aan twee zaken liggen, enerzijds niet willen geconfronteerd worden met de werkelijkheid, anderzijds een gebrek aan kennis om bepaalde vragen juist te beantwoorden.

-'Ik acht het mogelijke dat de patiënt op een dergelijke tool zichzelf wel bedriegt, echter is de arts- patiënt relatie altijd gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Bv. in alcoholgebruik, daar zal zeker mee gesjoemeld worden.' (FG 4, HA 4) -'Ik denk dat er in de betrouwbaarheid weer het verschil zit in kennis, de mensen die sterk intellectueel zijn gaan daar goed op antwoorden, maar de zwakkeren gaan het verkeerd verstaan en in die zin ben je beter dat je het beter overloopt' (FG 1, 5)-

Sommige huisartsen betwisten ook **de meerwaarde** van een dergelijk platform voor de huidige gezondheidszorg. Deze artsen zien wel de meerwaarde op individueel niveau, maar niet op populatieniveau. Men is er niet van overtuigd dat dit de algemene gezondheid van de brede populatie zal doen toenemen, echter wel voor bepaalde groepen en individuen, vaak groepen die al zeer bewust bezig zijn met hun gezondheid en er het minste baat bij hebben. Ook kan een dergelijk platform bijdragen tot de informatie overload die op heden al bestaat, en die volgens sommige artsen toch gevaren inhoudt.

-'De opmerking die ik heb is dat er zoveel informatie op ons afkomt en het wordt gevaarlijk omdat je al die info niet onder controle hebt. En dergelijke platformen dragen daartoe bij.' (FG 4, HA 5) -'Voor de individuele patiënt is dat wel een meerwaarde, op populatieniveau ben ik nog niet overtuigd' (FG 1, HA 6)-

De huisartsen stellen zich verder ook vragen bij **de tijdsduur voor het gebruiken van de app**. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 1 uur en ook voor de bespreking van de resultaten moet je er zeker een uitgebreide consultatie aan wijden. Dit lijkt niet tijdsbesparend voor de huisartsen.

-'Ik vind niet dat je er tijd mee bespaart, want ge moet het nog altijd helemaal opnieuw doorlopen, want je wil dit toch nog eens controleren' (FG 1, HA 3) -'Je zegt dat dit een uur duurt om dit platform in te vullen, maar ik vind dat wel wat veel. ik denk dat veel mensen dat de moeite niet in gaan willen steken.' (FG 4, HA 2)-

Bepaalde huisartsen maken zich ook zorgen of dergelijk platform de **werklast** niet zal doen toenemen: patiënten zullen telefoneren om bepaalde info te laten toelichten of omdat ze ongerust zijn. Artsen geven aan dat ze al heel wat administratie te verwerken hebben en zeker niet zitten te wachten op extra verslagen, zoals geproduceerd door deze tool, en die ze dan opnieuw apart moeten bekijken.

-'Ja en als het zomaar in je mailbox komt, ja we hebben hoeveel, 12 000 patiënten, als iedereen dat invult, we heel veel brieven krijgen' (FG 1, HA 2) -'Ik zie daar al wat hete hangijzers in een dergelijke tool, je kan een telefoontje krijgen van , dokter kun je eens kijken wanneer ik mijn laatste tetanus heb gehad. Maar er moet een gesprek komen om dat te vervolledigen' (FG 3, HA 4)-

Patiënt

De belangrijkste bezorgdheden met betrekking tot de patiënt, na demonstratie van deze tool zijn eveneens in lijn met de algemene bezorgdheden eerder besproken. Een eerste is de **toename van de ongelijkheid**. Artsen stellen zich de vraag of een dergelijke tool wel de juiste populatie zal bereiken en niet vooral de **'**worried well' zal aanspreken.

-'Hier ga je de worried well weer kunnen bereiken. Zij gaan streven naar dat dat hier allemaal groen staat.' (FG 2, HA 5) -'Dat is zeker interessant, maar je bereikt daarmee de mensen die erin geïnteresseerd zijn. Eigenlijk zijn wij geïnteresseerd in de mensen die daar niet in geïnteresseerd zijn. Dat vind ik wel goed maar dat is vaak het probleem vind ik. Je bereikt de worried well, en niet de zwakkeren die er het meest nood aan hebben.' (FG 4, HA 7)-

Ook zijn de artsen niet zeker of je voldoende percentage van de bevolking zal bereiken om een significant effect te hebben.

-'Sommige mensen gaan dat goed doen, maar ge gaat nog geen 5% van de maatschappij aanspreken met zoiets…' (FG 2, HA 1)-

Artsen zijn van mening dat de personen die het meest nood hebben aan preventie hier uit de boot vallen, met een toename van de gezondheidskloof en sociale ongelijkheid tot gevolg. Net waar deze populatie, met hoger risico op chronische ziekten en lagere levensverwachting, meer beschermd zou moeten worden. Een belangrijke reden volgens de huisartsen is dat preventie geen prioriteit is voor deze populatie. Veel mensen hebben nog niet genoeg geld om basiszorg toe te passen, laat staan te werken op preventie via dure tools en applicaties. Preventie is een ver van hun bed show door andere zorgen.

-'Iemand die bezig is met hoe ga ik mijn kinderen eten geven, gaat daar geen 25 euro uitgeven voor zoiets. En het zijn die mensen die dit het meest nodig hebben' (FG 2, HA 5) -'Juist veel mensen kunnen daar niet mee om; die zijn wel bezig met gezondheid, maar meer van bv. mijn huis is te vochtig, of er is schimmel, dus dat is niet wat ze interesseert, ze hebben andere prioriteiten.' (FG 4, HA 1)-

Echter ook de **afwezigheid van bepaalde kennis** die nodig is om te kunnen werken met deze tool wordt vermeld als bezorgdheid. Er moet volgens de artsen een bepaald niveau van taalkennis en gezondheidsvaardigheden aanwezig zijn, vooraleer je mensen de verantwoordelijkheid kan geven hun eigen gezondheid in handen te nemen met behulp van een dergelijke digitale tool. Kennis en gezondheidsvaardigheden waar lang niet iedereen over beschikt. Het zijn net deze mensen waar meer op moet worden ingezet volgens een groot deel van de bevraagde artsen.

-'Wat ik denk, er zijn al zoveel misverstanden over heel eenvoudige dingen zoals voeding en beweging. Volgens mij is dit te moeilijk.' (FG 3, HA 4) -'Het is denk ik niet enkel taal, maar qua gezondheidsvaardigheden is het al hoog gegrepen.' (FG 3, HA 2) -'Het is ook een probleem van taalvaardigheid, voor veel mensen worden er termen gebruikt die ze niet verstaan.' (FG 4, HA 5)-

Echter ook het **digitale aspect** vormt al een bias en is een drempel voor een groot deel van de populatie, zo klinkt het bij de meeste huisartsen.

-'Het feit dat het platform digitaal is, is al een bias om te starten' (FG 3, HA 4)-

Overheid en derden

In één focusgroep is men van mening dat de kosten van gevalideerde tools niet bij de patiënt zouden mogen liggen, maar terugbetaald zouden moeten worden door RIZIV om een optimaal effect te hebben bij de gehele populatie. Dit met in het achterhoofd de toenemende ongelijkheid in het andere geval.

-'En de vraag is of ze er dan ook 25 euro voor willen betalen, want 25 euro dat kan voor ons wel weinig lijken, maar voor een deel van de populatie is dit niet. Maar dat zou eigenlijk een tool moeten zijn die wordt terugbetaald door RIZIV hé' (FG 2, HA 5)-

In een andere focusgroep komt vooral bij een van de artsen de bezorgdheid over de **stijgende kosten** die dergelijke evoluties op korte termijn met zich zouden brengen, doordat er een toename van onderzoeken zal zijn wanneer men meer gaat inzetten op preventie en digitalisering. De budgetten zullen moeten worden verhoogd en er zal pas terugvloei zijn na 20-30 jaar.

-'De lagen van de populatie die reeds met dergelijke tools kunnen werken zijn al meestal overbehandeld en als ge een tool ontwikkelt dan is het de bedoeling dat uw ganse bevolking daar beter van wordt en dat het budget dat de overheid ter beschikking stelt, dat de ganse bevolking daar gezonder van wordt, langer van leeft en kostenbesparend is, maar zo een tool gaat in eerste instantie de kosten opdrijven. Want als ge aan preventie doet en ge gaat meer onderzoeken doen dan gaat ge uw budgetten voor gezondheidszorg moeten verhogen. Want als ge dan bij iedereen al die dingen die ge daar voorstelt ook doet, ja dan kost dat ook geld en de terugvloei van de uitgaven komt pas na 20 jaar 30 jaar terug en aangezien we over politiek bezig zijn' (FG 1, HA 6)-

Technische eigenschappen

Bepaalde artsen geven aan dat de gedemonstreerde tool in het algemeen **technisch te complex** is en dat het allemaal veel eenvoudiger kan. Het ziet er heel erg goed uit, is mooi, maar dit is niet noodzakelijk om aan goede preventie te doen. Men is het er over eens dat in de huidige setting de logistiek en de structuur ontbreekt om dit op een efficiënte manier toe te passen in de huisartsenpraktijk. Artsen vinden het ook een nadeel dat de resultaten niet automatisch worden **geïntegreerd in het medisch dossier**, wat dan extra moeite en tijd vraagt om de resultaten te bekijken via de eHealth box.

-'Ik vind dit super hé, dat ziet er zeer goed uit, ik denk dat dat onderbouwd is, maar de logistiek en de structuur ontbreekt om dit op de juiste manier te ondersteunen.' (FG 3, HA 4) -'Ja dat het ingebouwd is in ons eigen medisch dossier en dat eventueel de patiënt een app kan hebben die daarmee gekoppeld is en extra gegevens rechtstreeks in ons dossier, da vind ik nog iets anders dan een verslag dat we binnenkrijgen en dat we nog eens moeten overnemen.' (FG 2, HA 5)-

Opportuniteiten en voordelen

Arts

De meeste artsen zijn ondanks de bezorgheden wel enthousiast en positief ten aanzien van de gedemonstreerde tool. De meeste zijn van mening dat het een **ondersteunende functie** kan hebben

voor de implementatie van preventie in de eerste lijn, op voorwaarde dat er aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

-'Er is een groot verschil tussen een hulpmiddel en een oplossing hé, we moeten nu aansluiten bij het feit dat dergelijke tool een goed hulpmiddel is om aan preventie te doen en dat dit zeker ondersteunend kan werken' (FG 3, HA 8) -'Voor mij is een dergelijk platform nieuw maar ik zie daar wel iets in. Ze vullen dat thuis in, en wij krijgen er een verslag van en dat komt in ons dossier terecht. Zien we dat er iets scheelt, dan kunnen we er toch eens over spreken met de patiënt de eerstvolgende keer. Zoiets kan wel denk ik.' (FG 4, HA 4)-

De huisartsen vinden over het algemeen de tool overzichtelijk en toegankelijk in gebruik en zien het als een **nuttige documentatietool** doordat alles reeds op voorhand werd bevraagd. Men vindt de tool uitgebreid en volledig. De deelnemers halen ook aan dat de verschillende elementen opgenomen in de tool nuttig zijn zoals bijvoorbeeld ook de screening naar mentale gezondheid. Ook het gepersonaliseerde karakter haalt men aan als nuttig. Doordat men een staalkaart heeft van verschillende risico's vindt men het nuttig om het verslag in het dossier te hebben en dit als kapstok te gebruiken in een preventief consult. Waar bepaalde artsen hun twijfels hebben over de accuraatheid, zijn er andere die hierop vertrouwen.

-'Dit vind ik in elk geval een zeer overzichtelijk en toegankelijk uitnodigend platform. Het lijkt me ook heel goed op punt gesteld want het gaat vanuit die algemene kentekens naar persoonlijke hé , zoals ge dat invult hé. Dat is eigenlijk wel iets dat heel tijdbesparend en accuraat zal zijn.'(FG 2, HA 2) -'Het is al opgezocht voor u hé, dus op die manier vind ik dat wel een goede documentatietool' (FG 3, HA 6) -'Het peilen naar mentale gezondheid vind ik ook wel zeer nuttig, het is zeer volledig.' (FG 4, HA 1)-

Ook de **lay-out en het gebruik van kleuren** wordt als positief ervaren. Artsen halen aan dat het kan helpen in de **follow-up** van patiënten.

-'Wat ik ook wel overtuigd ben de eerste keer dat ge dit gaat zien gaat dat zot veel tijd in beslag nemen, maar als ge dat afspreekt met je patiënt en dat alle jaren ne keer bekijkt dan gaat ge dat wel perfect kunnen op een kwartierke of 20 min in uw consultatie …' (FG 1, HA 5)-

Waar bij vele artsen de bezorgdheid leeft dat een dergelijke tool meer tijd zou kosten dan **tijdsbesparend** zou werken, zijn er ook artsen van een andere mening. Zij geloven dat dit kan helpen tijd te besparen, op voorwaarde dat men kan rekenen op de correctheid van de tool en vooral op langere termijn. De eerste keer vraagt het wat tijd, maar nadien kan het zeker tijdsbesparend zijn.

-'Dat is eigenlijk wel iets dat heel tijdsbesparend en accuraat zal zijn.' (FG 2, HA 2) -'En ook preventie is een proces, het is geen moment , en ik denk dat dergelijke tool wel kan helpen om dit repetitief op een eenvoudige manier toe te passen en dus op langere termijn tijdsbesparend kan werken.' (FG 3, HA 4)-

Patiënt

Een deel van de artsen ziet **patiënt empowerment** als een voordeel van de gedemonstreerde tool.

-'Ja ik denk dat we moeten komen tot een situatie waar de patiënt zelf zijn gezondheid meer onder controle kan nemen , dat is goed denk ik, en dit kan daar wel een deel van zijn ze mogen daarmee naar mij komen, maar eigenlijk als dit helemaal ingevuld is , zijn er een aantal adviezen , en dat is al heel veel denk ik, los ervan of er een consult aan gekoppeld is. maar ik zou heel blij zijn als er adviezen worden gegeven rond slaaphygiëne.' (FG 3, HA 11)-

Overheid en derden

Er wordt ook door enkele artsen aangehaald dat deze tool op termijn **kostenbesparend** kan werken in de gezondheidszorg in het algemeen.

-'Ik denk op lange termijn dat het kostenbesparend is , maar op korte termijn niet. Een beetje hetzelfde als met de tandzorg.' (FG 1, HA 3)-

Verbeterpunten van een platform zoals emma.health

Voor de bevraagde artsen is een van de meest belangrijke verbeterpunten aan de gedemonstreerde tool een oplossing brengen omtrent het **probleem van eindverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.** Artsen willen niet verantwoordelijk worden gesteld voor de resultaten zonder geconfronteerd te zijn met de patiënt. Voor hen is de patiënt de eindverantwoordelijke en is het zijn/haar verantwoordelijkheid met het verslag bij de arts een afspraak te plannen. De artsen staan niet te springen zomaar al deze verslagen binnen te krijgen via de eHealth box en vinden het ook de verantwoordelijkheid van het bedrijf dat emma.health promoot, de arts expliciet te verwittigen wanneer er alarmerende tekens zijn.

-'Ik denk dat ge u juridisch moet indekken. Ge kunt het aanbieden als praktijk aan uw patiënten maar ge moet u medisch juridisch indekken dat voor alle informatie die daar uitkomt, dat ze daar zelf initiatief moet in nemen.' (FG 2, HA 4) -'Ja dat ge inderdaad niet automatisch doorstuurt en zegt dat een verplichting voor een afspraak te hebben bij hen ligt.' (FG 2, HA 3) -'Het is misschien een taak voor de software, om ons daarvan te verwittigen als er alarmerende tekens zijn.' (FG 4, HA 7)-

Een tweede belangrijk verbeterpunt dat door bijna alle artsen naar voren wordt gebracht is de mogelijkheid de informatie te **koppelen aan het geïnformatiseerd medisch dossier,** zodat de resultaten hier rechtstreeks te zien zijn en niet via een verslag moeten bekeken worden. Dit vinden de meeste artsen een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van het platform, en dit zowel wat betreft het gebruiksgemak, de tijdsbesparing als de verantwoordelijkheid en follow-up.

-'Ja dat het ingebouwd is in ons eigen medisch dossier en dat eventueel de patiënt een app kan hebben die daarmee gekoppeld is en extra gegevens rechtstreeks in ons dossier, da vind ik nog iets anders dan een verslag dat we binnenkrijgen en dat we nog eens moeten overnemen.' (FG 2, HA 5) -'In de ideale wereld is er een integratie tussen de resultaten van de app en ons GMD.' (FG 3, HA 11) -'Het moet heel eenvoudig in het dossier geïntegreerd zijn en evidence based zijn, dan kan dit echt een hulp zijn bij preventie' (FG 1, HA 2)-

Ook vindt het merendeel van de artsen dat er wel wat verbeterpunten zijn wat betreft **patiënten rekrutering**. Een deel van de artsen haalt aan dat ze het interessanter zouden vinden dat het niet rechtsreeks aan de patiënt wordt aangeboden, echter wel via de huisarts, waarbij alle patiënten proactief worden aangeschreven om op consult te komen, zodat iedereen wordt bereikt en niet enkel de spontaan geïnteresseerden. Bijvoorbeeld zoals bij de tandarts, waar je 2x per jaar een brief krijgt en wordt uitgenodigd. Anderen noemen de mutualiteiten als een goed kanaal om dergelijke tool aan te bieden, zodat ook de sociale ongelijkheid beperkt wordt. Ook aanbod via het werk en de apotheek kwamen ter sprake.

-'Ik denk dat ge dat als huisarts zelf moet aanbrengen, dat zijn niet de mensen die zelf met zo een dingen gaan werken denk ik.' (FG 2, HA 3) -'Ze zouden dat vanuit het ziekenfonds kunnen sturen naar hun leden, om meer mensen te bereiken. Zij zouden kunnen aanbieden om dat te laten doen bij de patiënt thuis, wanneer de patiënt geïnteresseerd is. Dan zou je wel meer mensen bereiken misschien.' (FG 4, HA 4) *-'Ook bv. via werk of andere media, zoals de apotheek.' (FG 2, HA 4)-*

In één focusgroep halen de artsen aan dat dit weggetrokken moet worden van de huisarts en dat dit moet georganiseerd worden door de overheid, zoals dit het geval is met de bevolkingsonderzoeken. Volgens nog andere artsen mag een dergelijk initiatief niet te vrijblijvend zijn om zijn effect te hebben op populatieniveau.

-'Ik denk dat indien deze app in beheer zou zijn van een officiële instantie zoals oncologisch onderzoek naar darm of longen of mammografie , dat dit veel bruikbaarder zou zijn voor ons, terwijl dit nu los op de markt gegooid wordt. Ik denk dat als je dit beroepsmatig aan duizend mensen stuurt, gestuurd vanuit een officiële instantie zoals bevolkingsonderzoek, dan denk ik wel dat er een belangrijke respons kan op zijn.' (FG 3, HA 8) -'Ja een dergelijke tool, mag niet te vrijblijvend zijn, als je wilt dat het effect heeft.' (FG 3, HA 2)-

De meeste artsen in de focusgroepen zijn het erover eens dat dergelijk platform pas tot zijn recht komt met de nodige **ondersteuning en organisatie** binnen de huisartsenpraktijk. Veel artsen zien zich dit er niet bijnemen, maar zien wel mogelijkheden wanneer deze taak bijvoorbeeld kon overgenomen worden door een verpleegkundige in de praktijk. Hiervoor is uiteraard nood aan **financiering of vergoeding**.

-'Als een aantal van die dingen kan opgevangen worden door een verpleegkundige die in elke praktijk een aantal dagen per week daarmee werken, dan kan je daar wel mee aan de slag, want een hoop dingen kunnen daarmee opgevangen worden, vaccinatie, bloedafname die de arts ontlasten. Het is dat dat artsen afschrikt hierin, dat er veel op ons afkomt. We zouden moeten ondersteund worden om dat voor ons te laten doen zodat je alleen nog de essentie of de moeilijkste stukken van het werk moet doen.' (FG 3, HA 8) -'Wat er misschien een oplossing is dat ge een verpleger hebt. Wij hebben hier een tijdje een verpleger gehad die dan effectief die tool met die mensen gaat overlopen en dat dan de sterkere het zelf thuis kunnen doen en dat ge dan de zwakkeren een afspraak geeft bij de verpleger om dat samen te doen' (FG 1, HA 5)-

Daarnaast zien de meeste artsen toch ook enkele verbeterpunten wat betreft het **financiële aspect.** De artsen vinden dat een dergelijke tool voor iedereen beschikbaar moet zijn of anders zijn doel mist. De tool zou volgens bepaalde artsen moeten terugbetaald worden door het RIZIV.

-'En de vraag is of ze er dan ook 25 euro voor willen betalen , want 25 euro dat kan voor ons wel weinig lijken, maar voor een deel van de populatie is dit niet zo. Maar dat zou eigenlijk een tool moeten zijn die wordt terugbetaald door RIZIV hé.' (FG 2, HA 5) -'Iedereen kan jaarlijks een gratis consult voor preventie krijgen en dan heb je ook de bezorgdheid van de huisartsen gedekt. Als ge dat jaarlijks kunt doen bij dezelfde patiënt, dan hebt ge, dan is er, ook een financieel iets dat er tegenover staat hé, ja ik bedoel voor de arts hé. (FG 4, HA 1) -

Aanpassingen in het systeem i.v.m. **follow-up** functies worden eveneens aangehaald. Ze vinden dat er in de huidige tool te weinig follow-up zit en teveel keuze bij de patiënt ligt. Volgens de huisartsen zouden de patiënten meer moeten geleid worden naar een medicus om dit te bespreken. Ook mist men inhoudelijke toepassingen die de follow-up ondersteunen. Vragen zoals wanneer wordt het hele proces herhaald etc. blijven onbeantwoord vinden de huisartsen.

-'Ja en ook meer empoweren om in overleg te gaan met een medicus.' (FG 2, HA 5) -'Stel dat ge de patiënt met een of ander iets beloond als hij dit om de 6 maanden opnieuw doet en laat controleren. Er moet opvolging zijn.' (FG 3, HA 6) -'Het zou interessant zijn als er een opvolging zou zijn en dat ze zeggen, ge moet naar uw huisarts gaan.' (FG 1, HA 1)-

Indien het systeem meer wordt **geregulariseerd** kan er qua follow up mogelijks meer systematiek en duidelijkheid in worden gebracht.

-'Ik denk dat indien deze app in beheer zou zijn van een officiële instantie zoals oncologisch onderzoek naar darm of longen of mammografie, dat dit veel bruikbaarder zou zijn voor ons, terwijl dit nu los op de markt gegooid, er zit ook geen systematiek in, hoe vaak moet je dit doen, wanneer moet je het doen, dat is voor mij een essentiële voorwaarde.' (FG 3, HA 8)-

Validatie van het platform door bijvoorbeeld de overheid of beroepsvereniging komt ook ter sprake als verbeterpunt, gezien de kwaliteit en betrouwbaarheid een bezorgdheid is voor de meeste artsen.

-'Dus ik vind dat dit zeer zinvol is als die app ondersteund wordt door de federale overheid in het kader van de preventie of door onze beroepsvereniging waardoor we kunnen weten dat wij er betrouwbaar mee aan de slag kunnen, als we die zaken allemaal helemaal moeten herbekijken dan zijn we geen stap vooruit.' (FG 3, HA 8) -'Ja het is aan de overheid om dit te valideren en te zeggen dat het aan een aantal minimale eisen en criteria moet voldoen zoals het elektronisch medisch dossier, en dan pas gaan we dit op de markt laten komen en dat dit inderdaad geen vrije markt wordt, en dit is nu wel zo.' (FG 3, HA 11)-

Tot slot haalt een arts ook aan dat de tool in **verschillende talen** zou moeten beschikbaar zijn om bias en ongelijkheid te beperken.

-'Maar goed met een Engelse versie moet ge wel uw doelgroepen kunnen bereiken hé.' (FG 3, HA 8)–

Discussie

Interpretatie van de resultaten

In dit exploratief kwalitatief onderzoek werden huisartsen aan de hand van focusgroepen bevraagd omtrent diverse onderwerpen zoals preventie, digitalisering in het algemeen en het gebruik van een gedemonstreerde online tool emma.health in het bijzonder.

In deze studie werden diverse aspecten onderzocht:

- Hoe staan huisartsen t.o.v. preventie en welke barrières vermelden ze?
- Wat zijn volgens de huisartsen mogelijke oplossingen om aan betere preventie te kunnen doen?
- Hoe staan huisartsen algemeen tegenover digitalisering, apps en preventie?
- Kan een tool zoals emma.health ondersteuning bieden in de implementatie van preventie in de eerste lijn?
- Wat zijn verbeterpunten van een dergelijke tool?

De huisarts en preventie

Organisatie van de gezondheidszorg en preventie

Gebrek aan tijd, samen met een beperkte financiële vergoeding worden bij de artsen unaniem gezien als de grootste barrières om aan preventieve gezondheidszorg bij te dragen. Dit vinden we ook in de literatuur terug (14-16).

Het prestatiesysteem waarin wordt gewerkt is voor sommige artsen een belangrijke oorzaak hiervan. Indien men meer tijd besteedt dan een kwartier per patiënt, en dat is nodig voor een preventief consult, verdient men minder en blijven patiënten langer wachten in de wachtzaal. Wanneer men meer tijd besteedt aan een consult, kan je in het huidige prestatiesysteem niet meer aanrekenen. Een financiële vergoeding, onder de vorm van een aparte nomenclatuur kan hier deels een oplossing zijn voor vele artsen. Hiervoor zijn maatregelen nodig op politiek niveau en een reorganisatie van de gezondheidszorg. Belangrijker echter is dat een financiële vergoeding volgens de artsen het probleem van tijd niet kan oplossen. Meer vergoeding geeft niet meer tijd. Uit de literatuur blijkt dat de resultaten voor preventieactiviteiten (baarmoederhals en borstkankerscreening), de opvolging van patiënten met diabetes en ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorgproblemen beter zijn binnen een forfaitair systeem (51). In het forfaitair systeem waarmee gewerkt wordt in de wijkgezondheidscentra, is de barrière van een beperkte financiële vergoeding niet van toepassing. De tijd die besteedt wordt aan een consult is niet gekoppeld aan een bepaalde prestatie, wat de drempel om meer tijd de besteden aan preventieve consulten kan verlagen en mogelijks een oplossing kan bieden. Maar het gebrek aan tijd blijft ook daar bestaan.

Meer ondersteuning in de praktijk kan wel tijdbesparend werken en is voor vele artsen noodzakelijk. Hierbij is een shift van het takenpakket van de medicus naar bijvoorbeeld een verpleegkundige nodig. Bepaalde preventieve taken (bv. de bevraging, meting, weging,…) en educatie rond gezonde levensstijl kunnen worden overgenomen door verpleegkundigen of praktijkassistenten. Om dit haalbaar te maken, dienen praktijken volgens de huisartsen subsidies te krijgen of dient er een aparte nomenclatuur te zijn, die de vergoeding van de verpleegkundige opvangt. Ook mutualiteiten kunnen bijvoorbeeld bepaalde taken op zich nemen. De oplossing hier ligt opnieuw op politiek niveau en hiervoor is een reorganisatie van de zorg nodig.

De organisatie van preventie op praktijkniveau komt in de focusgroepen niet naar voor als barrière om aan preventie te doen. Nochtans door de interne procedures van een praktijk aan te passen teneinde patiëntengroepen te selecteren die in aanmerking komen voor bepaalde preventieve

programma's, zou preventie beter ingebouwd kunnen worden in de dagdagelijkse zorg. Echter ook samenwerking tussen praktijken volgens eerstelijnszones, samenwerking met de apothekers en andere eerstelijnswerkers kan hier een oplossing zijn om te taken te verdelen en efficiënter aan preventie te doen, zeker voor solo-praktijken.

Motivationele aspecten, curatief georiënteerde gezondheidszorg en preventie

Een lage patiënten motivatie is eveneens een belangrijke barrière. Dit is volgens de huisartsen vaak gekoppeld aan de socio-economische status van de patiënt (14-16). Personen met lagere socio-economische status hebben volgens de artsen minder aandacht voor preventie en gezonde levensstijl; dit om diverse redenen zoals financiële problemen, huisvestingsproblemen, educatie etc. Een incentive voor patiënten kan hier een mogelijke oplossing zijn. Een systeem zoals bij de tandarts, gekoppeld aan de terugbetaling is een mogelijke manier. Maar ook verplichte gratis preventieve consulten worden aangehaald door de huisartsen, hoewel dit wat tegenstrijdig is met de frequent genoemde barrière van tijdsgebrek. De vraag rijst hier welke acties intrinsieke motivatie nu werkelijk kunnen doen toenemen, iets waar verder onderzoek voor nodig is. Onmisbaar in dit verhaal is een goede arts-patiënt relatie, welke volgens de huisartsen een basis vormt om patiënten te kunnen motiveren, een aspect wat in de literatuur niet werd teruggevonden.

De lage motivatie is volgens de huisartsen vaak ook het gevolg van beperkte kennis en opleiding. Echter is dit niet altijd het geval. Ook opgeleide personen hebben vaak een lage intrinsieke motivatie om aandacht te besteden aan hun levensstijl. Het is de aard van de mens om liever genot te prefereren dan wel discipline op te brengen om gezond te leven door meer te bewegen, goed te slapen, minder en gezonder te eten, alcohol en andere genotsmiddelen en roken te laten of te beperken. Of is er de dag van vandaag gewoon te weinig tijd om voldoende aandacht te besteden aan preventie en gezonde levensstijl wegens een te drukke professionele agenda voor velen?

We kunnen ons hierbij de vraag stellen of de curatieve mentaliteit van onze maatschappij -als we ziek worden dan is er wel een behandeling om dat te regelen- hier dan ook niet voor een groot deel tussen zit. Deze ingesteldheid, bij zowel arts als patiënt, wordt in deze studiepopulatie ook aangehaald als een barrière en wordt ook in de literatuur teruggevonden (17-19). Een oplossing hier kan zijn om reeds van jongs af aan op scholen meer educatie te voorzien rond gezonde levensstijl en preventie, maar ook bijvoorbeeld via de (sociale) media. Op die manier worden ook alle lagen van de maatschappij aangesproken. Maar niet enkel op jonge leeftijd, maar ook later voor volwassenen zijn educatie via de media en initiatieven op het werk van groot belang. Hierin worden vandaag toch al meer en meer initiatieven ondernomen. De curatieve ingesteldheid kan ook een verklaring zijn waarom sommige artsen het gevoel vermelden een gebrek aan mandaat te hebben om preventie toe te passen. Ze voelen schroom om patiënten uit te nodigen en ze te laten betalen voor een consult waar de patiënt zelf niet naar vraagt en geloven ook niet dat patiënten bereid zijn te betalen voor preventie. Dit zegt volgens de artsen mogelijks wel iets over de perceptie en de verwachting van de patiënt: patiënten komen met een bepaalde, vaak curatieve hulpvraag en verwachten een oplossing. Een mentaliteitsshift van cure naar care is dus nodig, bij zowel patiënt als arts. Het is terug een opdracht voor de overheid om deze boodschap wijd te verspreiden via opleiding en informatie in scholen en op de werkplek. Ook organisatie van meer preventie vanuit de overheid zoals dit het geval is met de bevolkingsonderzoeken kan hier een oplossing zijn. Zo kunnen personen periodiek worden uitgenodigd, afhankelijk van diverse factoren, voor een preventieonderzoek bij de huisarts, zoals dit het geval is bij tandartsen. Ook op individueel en praktijkniveau kunnen huisartsen zeker bijdragen tot deze shift door patiënten voldoende te informeren tijdens het één op één contact en hen laagdrempelig uit te nodigen en te motiveren tot preventieve zorg, maar ook via preventieve initiatieven op praktijkniveau: bv. vaccinatieavonden, rookstopconsulten, consult over gezonde voeding en beweging, etc.

Artsen halen verder ook aan dat er nood is aan een uniformiteit in de eerste en de tweede lijn. Patiënten moeten hier wat betreft preventie en het belang van gezonde levensstijl dezelfde boodschap krijgen. Deze barrière werd niet teruggevonden in de literatuur. Men kan zich afvragen waarom die uniformiteit er vaak niet is. We kunnen hier vermoedelijk weer de curatieve ingesteldheid van de gezondheidszorg naar voor schuiven als deel van het antwoord, maar uiteraard vermoedelijk ook financiële drijfveren. Meer aandacht voor het preventieve aspect van de geneeskunde bij de opleiding van artsen kan hier vermoedelijk een aanzet tot oplossing bieden.

Gebrek aan motivatie bij de arts om bij zichzelf preventie toe te passen en gebrek aan kennis bij de arts worden slechts in beperkte mate gerapporteerd. Gebrek aan kennis bij de arts kwam in de literatuur wel naar voor als een van de meest gerapporteerde barrières, doch wordt dit in deze studiepopulatie slechts beperkt aangehaald. Artsen vinden de theorie rond preventie in het algemeen niet moeilijk en voelen zich vertrouwd preventie toe te passen. Er kan hier mogelijks wel sprake zijn van een zeker bias van de artsen tegenover het eigen kennisniveau. Mijn gevoel is dat ze geen probleem hebben met de diagnostische kant van preventie, maar misschien wel met het nodige advies i.v.m. voedings- en bewegingsgewoonten. Wel halen ze aan dat preventie zodanig breed is en het niet altijd eenvoudig is prioriteiten te stellen. Er is nood aan meer eenvoud. Een betere omschrijving van het begrip preventie is nodig. Maar ook hier kan meer aandacht tijdens de opleiding van artsen een grote rol spelen. Ook de shift naar een meer preventieve ingesteldheid kan via de opleiding gerealiseerd worden (17-19).

In de literatuur wordt het niet overtuigd zijn van preventie eveneens gerapporteerd als een drempel. In deze onderzochte studiepopulatie zijn alle artsen het er echter over eens dat preventie van noodzakelijk belang is en dat hier meer op moet worden ingezet naar de toekomst toe (17-19).

De huisarts en digitalisering

Naast de hoger vermelde barrières en oplossingen in het algemeen, is er dan natuurlijk de specifieke discussie over het gebruik en het nut van eHealth tools en apps. Dit is de kernvraag van deze studie.

Algemeen

In dit kader is één van de aangehaalde oplossingen/voorwaarden voor betere preventie in eerste lijn het beschikbaar zijn van een overzichtelijk dossier. Ook tools en digitalisering worden in dit kader aangehaald door een deel van de huisartsen. Een goed medisch programma, waar alle info over de patiënt in voorkomt, is noodzakelijk om op een efficiënte manier te kunnen werken. Volgens de artsen kunnen tools ondersteunend werken om op een eenvoudige en efficiënte manier data van de patiënten te kunnen verzamelen, zoals ook wordt aangehaald in de literatuur. Echter worden tools zeker niet door alle artsen gezien als een oplossing en zeker niet als de belangrijkste voor de hierboven vermelde barrières zoals tijdsgebrek, het financiële aspect, beperkte motivatie van patiënten etc. Dit in tegenstelling tot wat we vinden in de literatuur waar we lezen dat tools en digitalisering wel degelijk als een oplossing kunnen dienen voor deze problemen (26, 31). Bestaat er een angstdrempel t.o.v. deze nieuwe technologie? Is er een gebrek aan confrontatie met digitalisering tijdens de opleiding?

Algemeen staan huisartsen wel open voor de idee van digitalisering, online tools en apps en ze zien dit als deel van de toekomst. Dit wordt ook bevestigd door de antwoorden in de vragenlijst. 28 van de 30 huisartsen gaven aan (voor de demonstratie van de tool) dat ze geloven in de meerwaarde van eHealth. We kunnen ons hier echter de vraag stellen of de artsen het i.v.m. eHealth dan hebben over screeningstools en gezondheidsapps dan wel eerder over online agenda etc. De helft van de huisartsen geeft aan reeds eHealth (screeningstools, gezondheidsapps,..) te gebruiken in de praktijk bij patiënten, wat toch een hoog cijfer is. Ze menen dat digitalisering een goede aanvulling kan zijn op de huidige zorg onder bepaalde voorwaarden. Dit in tegenstelling tot een Belgische studie waar 2/3 van de bevraagde artsen geen interesse hadden in de implementatie van mobile toepassingen en waar er

algemeen een lage graad van bewustzijn was omtrent mHealth (43). In andere studies, in het buitenland, is er wel een algemeen positieve kijk en heerst het geloof dat het gebruik van tools en apps kan bijdragen tot betere geneeskunde, in lijn met wat we vinden in onze studiepopulatie (41, 52, 53). Dit verschil in perceptie kan zeker het gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vertrouwen in de apps en tools, hetgeen zelf weer een gevolg kan zijn van een beperkte blootstelling aan deze technologie.

Betrouwbaarheid, kwaliteit en digitale evolutie

Ondanks een algemene positieve houding leven er toch enkele bezorgdheden. De belangrijkste betreft de betrouwbaarheid en de kwaliteit van digitale tools en apps. Artsen hebben het toch moeilijk om op dergelijke nieuwe evoluties te vertrouwen en vinden het heel erg belangrijk dat ze evidence based zijn. Dit aspect komt ook in de literatuur aan bod als belangrijke factor (36, 41, 42, 44). Ook bij de gedemonstreerde tool rijst dezelfde bezorgdheid. Men vraagt zich af in welke mate deze tool wetenschappelijk gevalideerd is. De artsen vinden het belangrijk dat dergelijke tools door de overheid worden gevalideerd en moeten voldoen aan bepaalde normen. Artsen zijn eveneens bezorgd over de juistheid van de ingegeven informatie. Bij de gedemonstreerde tool stellen de artsen zich ook vragen over hoe eerlijk mensen hun gegevens omtrent alcohol, gewicht, beweging etc. zullen invullen, maar ook of mensen wel voldoende kennis hebben om bepaalde vragen correct te beantwoorden; bv. vragen rond familiale voorgeschiedenis etc. Uit de literatuur blijkt echter dat voor de evaluatie van gezondheid gerelateerde risicofactoren zelfbeoordeling een heel geschikte methode is. Elektronische zelfbeoordeling leidt tot meer gestandaardiseerde gegevensverzameling met betere accuraatheid dan wanneer dezelfde info wordt bevraagd door de huisartsen zelf (27).

Digitale tsunami

Men is ook algemeen bezorgd over de veelheid van tools en apps die op de markt komen. Artsen zijn bezorgd dat ze het bos niet meer door de bomen zullen zien en vragen zich af welke hun plaats als huisarts hier nog in zal zijn. De evoluties in digitalisering gaan heel erg snel, er komen meer en meer nieuwe tools en applicaties, patiënten komen hiermee naar de artsen , artsen hebben weinig controle over de inhoud die door de patiënten wordt ingegeven en hebben ook hun verantwoordelijkheidsgevoel tegenover patiënten. De artsen geven aan zich wat verloren te voelen in dit verhaal. Er is een gevoel van controleverlies en er heerst misschien een verborgen angst voor de uitholling van de eigen rol. Dit is een belangrijk punt om mee te nemen naar de toekomst. Digitaliseren wordt de toekomst, de vraag is welke plaats de arts in dit verhaal krijgt. Het lijkt me een taak van de medische sector zelf om zelf hierover te reflecteren en voorstellen naar voor te schuiven.

Artificiële intelligentie, gegevensverzameling en documentatie

Over de meerwaarde van dataverzameling via tools en apps is er ook twijfel. Er wordt erg veel data verzameld, maar men stelt zich de vraag of er effectief nuttige zaken gebeuren met deze data. De artsen zijn ervan overtuigd dat hier heel wat opportuniteiten voorhanden zijn met de evolutie van artificiële intelligentie en dus wat betreft voorspellend vermogen. Ook in de gedemonstreerde tool ziet men opportuniteiten. Ze vinden het een handige en overzichtelijke documentatietool. Door de verzameling van gegevens vooraf zien ze dit als voordeel om preventieve consulten volledi ger uit te voeren en vlotter te laten verlopen, op voorwaarde dat de gegevens worden geïntegreerd in het medisch dossier. Ook hier zien ze op langere termijn ook de opportuniteiten van artificiële intelligentie. De opportuniteiten van artificiële intelligentie en efficiënte gegevensverzameling komen ook in de literatuur naar voor als voordelen van digitalisering (26, 31). Ook daar blijkt dat ze een ondersteuning kan bieden voor zorgprofessionals doordat een deel van het werk reeds gebeurd is of efficiënter gebeurt. Huisartsen hebben echter het gevoel dat er vaak op niet-uniforme wijze data verzameld wordt, zonder dat er veel mee gebeurd. Data kunnen op die manier leiden tot meer werk en ballast. Dit aspect komt ook terug in de literatuur. Namelijk dat het belangrijk is uniformiteit na te streven om continuïteit in de zorg te garanderen en gegevens correct uit te wisselen (31). De vraag is

of het effectief is zoals de huisartsen denken. Gebeurt er niets met deze data of zijn de huisartsen hier onvoldoende van op de hoogte?

Tijd en werklast

In de literatuur komt naar voor dat artsen te weinig tijd hebben om naast de werkuren nog bezig te zijn met het verwerken van gegevens van gezondheidsapps. Enerzijds vindt men dat de digitale data een toename van de werklast en complexiteit van het werk kunnen veroorzaken (41, 44). Anderzijds blijkt dat digitalisering net kan zorgen voor minder administratie en minder werkkrachten (26, 31). Dit aspect kwam ook in deze studie naar voor als bezorgdheid. Artsen zien het niet zitten om nog meer administratieve taken zelf te moeten verwerken. Door de veelheid aan administratie die men reeds heeft, geven ze aan het niet te zien zitten om ongevraagd belast te worden met extra data, die zij dan moeten interpreteren. Dit meldt een aantal artsen ook bij de demonstratie van de tool. Belangrijk is dus de integratie van de data in het eigen medisch dossier. De manier waarop de data de huisartsen bereiken is mede bepalend voor de mogelijke voordelen van digitalisering. Wanneer de data nog moeten geïnterpreteerd worden door de arts, dan wordt het tijdsbesparend effect van digitale gegevensverzameling vooraf teniet gedaan. Ook dienen er aanpassingen te gebeuren in de huidige workflow ten einde deze evoluties in de dagdagelijkse praktijk in te bouwen en van de voordelen te kunnen genieten. Artsen zien vaak drempels in dergelijke evoluties, omdat ze dit kaderen in hun huidige manier van werken. Echter zijn aanpassingen nodig in de organisatie van de zorg en in de praktijkorganisatie, zoals ondersteuning met praktijkassistenten en een shift in takenpakket naar deze laatste, om dergelijke tools te kunnen implementeren. Indien de tools en apps goed geïmplementeerd zijn en kwalitatief zijn zal het meerwerk uitgesloten of beperkt worden door de (her)organisatie van het werk en de hulp voor de arts via assistentie. In het algemeen staan de huisartsen open voor dergelijke aanpassingen in de manier van werken.

Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

Een andere belangrijke bezorgdheid is deze rond verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. In de focusgroepen rijst de vraag wie verantwoordelijk wordt gesteld. Men is bezorgd dat wanneer de data door patiënten, of rechtstreeks via de tools en apps naar hen worden toegestuurd, dit automatisch hun verantwoordelijkheid zal impliceren. Het punt van aansprakelijkheid wordt eveneens aangehaald in de literatuur (26, 34). Artsen vinden dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid moeten opnemen voor de bekomen resultaten, wanneer zij beslissen tools of apps voor gezondheid te gebruiken op eigen initiatief. Ze moeten zelf naar de arts stappen om dergelijke data te bespreken. Bij de gedemonstreerde tool emma.health krijgt de arts automatisch een pdf toegestuurd via de eHealth box. Dit triggert bij de artsen bezorgdheid omtrent aansprakelijkheid en werkbelasting. Een juridisch kader zal moeten worden ontwikkeld waarin het voor elke partij duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid draagt. Meer regularisatie van tools kan hiertoe bijdragen.

Ethiek en privacy

Ethische kwesties en privacy worden door de huisartsen slechts beperkt aangehaald. In de literatuur komt de bezorgdheid wel terug, doch ook beperkt (41, 44). Echter is er wel veel te doen rond het privacy aspect. Wie analyseert de data? Privébedrijven of universiteiten en overheid? Een brede maatschappelijke discussie over dit fenomeen en het bestuderen hiervan door de medische sector en de overheid lijken toch aan de orde. We kunnen ons de vraag stellen waarom dit voor de bevraagde huisartsen geen obstakel vormt. Mogelijks komt dit mede door een gebrek aan aandacht bij opleiding van de huisartsen omtrent digitalisering en privacy.

Sociale (on)gelijkheid

Zoals tevens bevestigd in de vakliteratuur, stellen de artsen zich herhaaldelijk vragen bij het sociale aspect van deze digitalisering en ook bij de gedemonstreerde tool, emma.health. Men is bezorgd dat de digitale evoluties zullen leiden tot meer ongelijkheid. Artsen vrezen dat een tool zoals emma.health

slechts een klein deel van de populatie zal bereiken en dat er een selectiebias zal zijn van de 'worried well', het deel van de maatschappij dat reeds sterk bezig is met gezondheid. Dit door onder andere de complexiteit van de tool, de nood aan intrinsieke motivatie, de financiële drempel en de nood aan kennis en vaardigheden. Onderzoek toont ook aan dat digitale gezondheidszorg vooral interessant is voor mensen met een intrinsieke motivatie (26, 31). Zoals hierboven beschreven volgens de artsen en ook beschreven in de literatuur zijn de meest kwetsbare groepen meestal niet deze met de hoogste intrinsieke motivatie en is er gevaar dat digitalisering leidt tot een grotere gezondheidskloof (26, 31). Andere problemen vermeld in de literatuur zijn een gebrek aan kennis en vaardigheden die te maken hebben met digitalisering, wat ook naar voor kwam in de focusgroepen. De meest kwetsbaren in de maatschappij hebben vaak het meest nood aan geïntegreerde zorg en hebben misschien niet de middelen of de kennis om digitale tools te gebruiken. Hier kan digitalisering dus drempelverhogend werken. Nochtans is volgens de literatuur al 89% van de bevolking internet gebruiker en reeds 77% smartphone gebruiker (22). Volgens de literatuur zou de drempel van digitale ongelijkheid beperkt worden wanneer de toepassingen in de zorgsetting zelf worden gebruikt en niet bij de mensen thuis (27).

We kunnen ons echter, ondanks die bezwaren, de vraag stellen of het toch niet beter is om een deel van de maatschappij mee te hebben met deze technologiegolf en te motiveren hun eigen gezondheid in handen te nemen met behulp van digitale tools, dan niemand van de bevolking. Het is echter wel een educatieve en financiële taak van de overheid de grote massa hiervoor te proberen bereiken en te vermijden dat slechts een deel van de populatie met deze middelen gestimuleerd wordt deze zelf discipline te ontwikkelen. Sommige huisartsen vonden het een oplossing dat dergelijke digitale initiatieven op grote schaal zouden worden aangeboden zoals de bevolkingsonderzoeken en dan gratis zouden zijn. Ook de huisarts kan op individueel niveau zelf een rol spelen teneinde de ongelijkheid tegen te gaan, door extra aandacht te hebben voor deze groepen en deze extra aan te spreken om dergelijke tools te gebruiken. De artsen in deze focusgroep vermelden ook oplossingen om de drempel te verlagen zoals zuilen of specifiek geprogrammeerde tablets in de wachtplaats bij de dokter en samenwerking met apothekers, verpleegkundigen en mutualiteiten. Ook financiële subsidie voor het gebruik van de tools kan drempelverlagend werken.

Gebruik van het gezondheidszorgsysteem en gezondheidszorgkosten

Artsen geven ook de bezorgdheid aan dat er valse ongerustheid zal ontstaan bij de mensen met als gevolg hiervan een overconsumptie van de gezondheidszorg, overbehandeling en toenemende kosten. Deze bezorgdheid wordt ook vermeld bij de gedemonstreerde tool. Echter in de literatuur stelt men net het omgekeerde vast. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat personen die inzicht hebben in hun gezondheidstoestand betere gezondheidsuitkomsten hebben en minder gebruik maken van het gezondheidszorgsysteem, wat dus automatisch leidt naar lagere kosten voor de gemeenschap en een hoger welzijn voor dit deel van de populatie (27). eHealth interventies zijn volgens bepaalde bronnen uiterst geschikt om zelfmanagement te stimuleren (25). Dit zelfmanagement wordt door een aantal artsen in deze focusgroepen, ondanks bepaalde bezorgheden, ook gezien als een enorme opportuniteit van de gedemonstreerde tool en van digitalisering in het algemeen, zeker in deze tijd waar preventie heel erg belangrijk is en niet alles tijdens de consultatie kan gebeuren. Preventie vraagt inspanningen van de patiënt en digitalisering kan patiënten inzicht geven in hun gezondheid en levensstijl en hen motiveren tot gedragswijziging.

Andere artsen waren er daarentegen wel van overtuigd dat deze evoluties en tools, zoals deze die werd gedemonstreerd, de enige manier zijn om op lange termijn kostenbesparend te werken. Digitalisering kan volgens de literatuur dus kostenbesparend zijn door beperking van overconsumptie in de zorg, efficiëntere manier van werken, vervangen van een bepaalde werklast (26, 28, 31).
Echter zijn studies per tool nodig om de effecten op morbiditeit en mortaliteit na te gaan. Ontstaat er op lange termijn werkelijk minder pathologie en zijn de tools dus kostenbesparend?

Sterktes en zwaktes

In dit onderzoek moet men er rekening mee houden dat het slechts om een beperkte studiepopulatie van 30 huisartsen gaat. Ondanks de beperkte studiepopulatie was er toch sprake van saturatie na de 4e focusgroep, wat dan weer de betrouwbaarheid van de resultaten in dit onderzoek ondersteunt en de zwakte door de beperkte studiepopulatie neutraliseert. Alle bevraagde huisartsen zijn werkzaam in Oost-Vlaanderen. Het politieke klimaat, welke de mening van huisartsen over diverse thema's beïnvloed, is dus hetzelfde, namelijk de Belgische en Vlaamse regelgeving. Men dient er ook rekening mee te houden dat de mening van de deelnemers wordt beïnvloed door de input van anderen in de focusgroep, wat de uitkomst van de resultaten kan beïnvloeden. Dit is echter eigen aan het type onderzoek. Er is echter wel voldoende diversiteit in de proefpersonen wat betreft gender, leeftijd, praktijkvorm en financieringssysteem, wat dan weer een sterkte is. Noch de student onderzoeker, noch de observator had ervaring met kwalitatieve analyse, wat de resultaten kan beïnvloeden en als zwakte kan worden aanzien. Zoals eerder vermeld werd in de literatuur wel onderzoek gevonden naar een tool dat zich toespitst op een bepaald onderdeel van preventie, maar niet naar een overkoepelende tool ter ondersteuning van preventie. Ook zijn de studies naar de implementatie van dergelijke tools in België beperkt zodat de resultaten van deze studie een meerwaarde kunnen vormen.

Implicaties

Voor de dagdagelijkse praktijk betekent dit dat er oplossingen moeten komen om de huisartsen te ondersteunen in preventie, gezien de diverse barrières die ze aanhalen. Online digitale platformen, zoals emma.health, kunnen volgens de huisartsen in deze studie een waardevolle ondersteuning bieden, maar dit slechts onder bepaalde voorwaarden. Ook andere ingrepen zijn nodig: zoals meer financiering voor ondersteuning in de praktijk, een nomenclatuur nummer, manieren om de digitale kloof te dichten en om ongelijkheden weg te werken, de patiënten motivatie te verhogen en de werkorganisatie aan te passen aan digitale evoluties. Er dient dus nagedacht te worden over hoe men de zorg, op zowel individueel, praktijk-, en overheidsniveau zal herorganiseren zodat digitalisering hierin een waardevolle plaats kan krijgen. Daarnaast is er ook nood aan meer educatie omtrent preventie en de rol van digitalisering hierbij, bij zowel de artsen als de volledige populatie. Dit kan bijdragen tot een mentaliteitsshift van cure naar care die in deze tijden noodzakelijk is. Dit dient meer geïntegreerd te worden in de algemene opleiding tot arts, maar ook in leerprogrammas op scholen en via andere kanalen.

Suggesties voor vervolgonderzoek

In deze studie werd slechts één online tool voor preventie gedemonstreerd. Men kan hierdoor enkel een indicatief beeld krijgen over de visie van huisartsen tegenover het gebruik van dergelijke tools voor het versterken van de arts-patiënt relatie in kader van preventie. De huisartsen hebben immers de tool niet eigenhandig gebruikt in de praktijk. Verder onderzoek is een noodzakelijke volgende stap om sluitende conclusies te kunnen afleiden.

Conclusie

Algemeen bestaat een consensus dat preventie van noodzakelijk belang is en een belangrijk onderdeel vormt van de huisartsengeneeskunde. Echter vormt preventie ook een van de meest uitdagende onderdelen hiervan en zijn er bepaalde barrières om op een goede manier aan preventie te doen.
Wat het gebruik van specifieke ondersteunende tools in de preventie bij de huisarts betreft, konden we met dit onderzoek volgende observaties vaststellen. Vooreerst zien de huisartsen zich centraal in het preventie debat. Algemeen staan de huisartsen positief tegenover digitalisering en de gedemonstreerde tool emma.health. Men ziet hier in het algemeen wel opportuniteiten voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk en de tool kan wel deels een oplossing bieden voor de vernoemde barrières. Men staat open een dergelijke tool te gebruiken in de dagdagelijkse praktijk, maar enkel onder bepaalde voorwaarden en mits aanpassingen van de huidige vorm.

Op *individueel niveau* gelooft men in de werking van digitale tools ter ondersteuning van preventie in de eerste lijn, maar over het effect van gezondheidsbevordering op populatieniveau bestaat twijfel. Tools zoals emma.health kunnen het preventief consult efficiënter laten verlopen door voorafgaande gegevensverzameling en overzichtelijke weergave van data. Dit op voorwaarde dat de data op een efficiënte manier geïntegreerd zijn in het geïnformatiseerd patiëntendossier en niet als een extra verslag binnenkomen in de eHealth box. Ze kunnen patiënten ook ondersteunen in de bewustmaking omtrent hun eigen gezondheid. Echter vindt men het een uitdaging om bepaalde groepen van de bevolking te bereiken. Men is bezorgd dat dergelijke tools vooral de 'worried well' zullen aanspreken en minder de groepen die het meest nood hebben aan preventie en zo de ongelijkheid kunnen doen toenemen. Inzetten op motivatie van de patiënten op individueel niveau, maar ook via scholen, werk en media is belangrijk volgens de huisartsen om een grote groep te bereiken. Een goede arts-patiënt relatie is in dit kader cruciaal.

Aanpassingen van de manier van werken op *praktijkniveau* lijken noodzakelijk om preventie en digitale tools te integreren en van de voordelen van digitalisering te genieten. Volgens de artsen is het noodzakelijk dat er een shift komt in het takenpakket waarbij verpleegkundigen of praktijkassistenten bepaalde preventieve taken op zich gaan nemen en (zwakkere) patiënten ondersteunen bij het invullen van bijvoorbeeld online vragenlijsten, teneinde het tijdsgebrek op te vangen. Andere aanpassingen in de praktijkorganisatie zoals samenwerking met andere praktijken, de apotheker, de mutualiteiten of de aanwezigheid van een zuil of specifieke tablets in de wachtplaats kan volgens de huisartsen een oplossing bieden om dergelijke preventieve tools te integreren en grote groepen te bereiken. Bepaalde huisartsen vinden dat dergelijke tools meer moeten aangeboden worden door de huisarts zelf ten einde voldoende patiënten te bereiken, eerder dan dat deze enkel via commerciële kanalen de patiënt bereiken. Ook dit vraagt een aanpassing op praktijkniveau.

Tenslotte zijn er een aantal aanpassingen nodig op *niveau van de organisatie van de gezondheidszorg*. Een nomenclatuur nummer of een forfaitair systeem kan opportuniteiten bieden. Een aangepast honorarium of subsidie opent de mogelijkheid om extra assistentie bij preventieonderzoeken in te zetten, waardoor tijd vrijkomt voor de arts zelf i.v.m. de interpretatie en adviesfunctie m.b.t. preventie. Extra opleiding voor de patiënten en voor de artsen en extra communicatie omtrent preventie door de overheid zowel bij jongeren in scholen als bij volwassenen op de werkplek of via de media of via mutualiteiten moeten aangewakkerd worden om preventie beter te begrijpen en de motivatie te verhogen ten einde alle lagen van de maatschappij te bereiken en van een curatieve naar een preventieve ingesteldheid te evolueren. Ook is een maatschappelijk en medisch debat nodig i.v.m. privacy en dataverwerking en is meer regularisatie van tools en apps nodig om de betrouwbaarheid en de kwaliteit te verzekeren. Tot slot is de onzekerheid rond aansprakelijkheid en eindverantwoordelijkheid bij het gebruik van digitale tools voor alle huisartsen een heet hangijzer dat snel uitgeklaard dient te worden.

Bijlagen

Bijlage 1: vragenprotocol

INTRODUCTIE
IJSBREKER
Afbeelding van health apps en preventie.
'Wanneer jullie deze afbeeldingen zien, wat komt er bij jullie op?'



PROBLEEMSTELLING

TRANSITVRAGEN
We gaan nu even door op het onderwerp **'De rol van de arts binnen preventie in de eerste lijn'.**

- *Wat zijn voorwaarden voor de arts om aan goede preventie te doen?*
- *Wat is er nodig?*
- *Wat zijn voorwaarden voor de patiënt?*
- *Welke drempels ervaren jullie om aan preventie te doen?*

DEMONSTRATIE TOOL
In deze studie willen we nagaan of een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning kan bieden voor preventie in de huisartsenpraktijk. Emma.health is een voorbeeld van zo een digitale tool. – uitleg van de tool

SLEUTELVRAGEN
We hebben hier nu een voorbeeld gezien van een patiënt georiënteerde online tool, die gebouwd is ter ondersteuning van preventie met als ultieme doel: mensen bewust maken van hun eigen gezondheid en hen stimuleren (zelfmanagement) zelf preventief bezig te zijn met gezondheid, onder begeleiding van de (huis)arts.

- Kan een dergelijke tool de arts ondersteunen en hoe?
    - Welk zijn de voordelen?
    - Welk zijn nadelen?
    - Waarom wel gebruiken? Waarom niet gebruiken?
- Geloof je in de werking van een dergelijke tool?
    - Waarom wel?
    - Waarom niet?
- Zouden jullie bereid zijn om jullie manier van werken rond preventie te veranderen aangepast aan een dergelijke tool?
- *Willen jullie hier energie en tijd in steken?* Heb je als arts tijd en financiële ruimte om een dergelijke procedure met gegevensverzameling en analyse in je praktijk in te passen? Of zou je er tijd voor willen maken.
- Geloof jij dat patiënten zichzelf kunnen evalueren teneinde betrouwbare data voor begeleiding te verzamelen? Indien niet , hoe kan dit verbeterd of aangeleerd worden?
- *Voelen jullie weerstand tegenover dergelijke tool?*
- Aangepaste digitale feedback gekoppeld aan een gepersonaliseerd risicoprofiel gelinkt aan follow up van de zorgverstrekker kan een zeer valabel onderdeel kunnen vormen van routine preventie in eerste lijn?
- Na barrière vergoeding/tijd: Zou je gemotiveerd zijn een patiënt proactief te volgen indien daaraan een vergoeding zou verbonden zijn? (barrière: vergoeding)
- Barrière ongelijkheid: Hoe kan de groep die minder in aanmerking komt, wegens opleiding, gebrek aan middelen (internet, mobile, kennis) toch overtuigd en opgeleid worden om meegenomen te worden in deze preventieve verzorging? Mutualiteit? Artsenpraktijk? Ziekenhuis? Verplichte screening?
- Helpt een pdf met resultaten in het patiëntendossier? Heb je daar vertrouwen in?
- Vind je dat je als arts ook verder coachend moet optreden en bijsturen?

Bijlage 2: informatiebrief voor deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een patiënt georiënteerde digitale tool ter ondersteuning van gezondheidsbevordering en preventie in de eerste lijn: Kan een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U wordt uitgenodigd om een focusgroep bij te wonen met andere huisartsen ter demonstratie van een patiënt georiënteerd online platform, genaamd emma.health dat werd ontwikkeld om op digitale manier efficiënt aan preventie te doen.

Emma.health is een online platform (https://emma.health) dat een risicoinschatting aanbiedt op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, overgewicht, COPD, kankers die opgenomen zijn in het bevolkingsonderzoek nl. baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker en tot slot ook mentale gezondheid (emotioneel welzijn, sociaal welzijn en persoonlijk welzijn). Deze risico-inschatting is gebaseerd op de wetenschappelijke Belgische richtlijnen. Naast de medische risico-inschatting wordt ook een score toegekend wat betreft de levensstijl in domeinen zoals voeding, beweging, slaap, middelengebruik en ontspanning. Voor iedere gebruiker wordt een medische profiel aangemaakt waar nuttige gegevens zoals contactpersonen in nood, huisarts, paramedici (psycholoog, kinesist,…), lichaamsmetingen worden verzameld en weergegeven. Alle informatie wordt telkens op een eenvoudige manier verzameld door middel van een chatbot. Een chatbot is een digitale toepassing die de gebruiker vragen gaat stellen. Hieropvolgend krijgt de gebruiker volgens een overzichtelijke weergave zijn/haar resultaten te zien onder de vorm van een dashboard. Dit is zowel van zijn/haar medisch risicoprofiel, levensstijl score, medisch profiel etc. Dit alles wordt in een volgende fase besproken met de arts waarna deze evenueel verdere medische stappen onderneemt zoals een verwijzing, een bloedafname, een technisch onderzoek, etc. Het volledige proces staat ten allen tijde onder supervisie van de behandelende geneesheer.

In dit focusgesprek zal er een verzameling gebeuren van enkele van uw demografische gegevens zoals leeftijd, type huisartsenpraktijk, manier van recrutering en geslacht en enkele korte vragen rond eHealth/mHealth.

Vervolgens zal er een interactief gesprek plaatsvinden tussen de verschillende leden van de focusgroep en de moderator, Van Branteghem Annaïk. Ikzelf, zal als observator de focusgesprekken bijwonen. De leidraad van dit interactief gesprek zal een reeks opvoorhand opgestelde vragen zijn peilend naar verschillende thema's: 1) De huidige visie van huisartsen in Vlaanderen tegenover preventie en de voorwaarden om aan preventie te doen; 2) De pijnpunten van preventie in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen; 4) Meerwaarde van een eHealth tool als emma.health voor de implementatie van primaire preventie bij Vlaamse huisartsen, na demonstratie van deze tool.

Dit interatief gesprek zal auditief worden opgenomen en door een secretaris zullen nota's worden genomen. Deze verzamelde data zullen worden onderworpen aan een *pseudonieme* en gecodeerde analyse om zo verwerkt te worden tot bruikbare resultaten.

Deze studie wordt uitgevoerd in het kader van de Manama thesis van de HAIO-opleiding (huisarts in opleiding) en onderzoekt de positie van huisarts tegenover een patiënt- centered digitale tool in de huisartsenpraktijk en of dergelijke tool ondersteuning kan bieden bij de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk.

Wij vragen U vriendelijk of U de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan het focusgesprek. Dit zal ongeveer 1 tot max 1,5h van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie 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.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van dr. Annaïk Van Branteghem

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan de focusgroep zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De resultaten van deze studie kunnen inzichten geven of een digitale preventieve tool een ondersteuning kan bieden voor preventie in de huisartsenpraktijk. Het ultieme doel is dan ook om informatie te vergaren wat de mogelijke manieren zijn om preventie in de huisartsenpraktijk te gaan ondersteunen om een gezondheidswinst op lange termijn bij zowel het individu als de maatschappij te gaan creëren.

4. KOSTEN

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

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, dr. Annaïk Van Branteghem. Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be *of* privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische 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.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

Bijlage 3: toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Bijlage 4: vragenlijst

Vragenlijst voor de huisartsen – voor de demonstratie van de online tool

1) Duid aan wat past: Ik ben momenteel actief als huisarts in een …
- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Wijkgezondheidscentrum
- Andere: …

2) Duid aan wat past: Ik ben momenteel actief als huisarts in een
- Eerder landelijke praktijk
- Eerder stedelijke praktijk

3) Duid aan wat past: Ik ben
- Een man
- Een vrouw
- Ander

4) Duid aan wat past: Ik ben
- … jaar oud.

5) Heb je al eerder gehoord van eHealth/mHealth?
- Ja
- Neen

6) Gebruik je reeds eHealth (meer bepaald: screeningstools, healthapps, …) in de praktijk voor patiënten?
- Ja
- Neen

7) Geloof je in de meerwaarde van eHealth/mHealth?
- Ja
- Neen

Vragenlijst voor de huisartsen – na demonstratie van de online tool

1) Is je houding veranderd tegenover eHealth/mHealth?
- Ja
- Neen

2) Indien 'ja' op vorige vraag
- Ik sta meer open voor eHealth en zie er de voordelen van in.
- Ik ben meer weigerachtig tegenover eHealth geworden en de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk.

Bijlage 5: gunstig advies ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Universiteit Gent
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Prof. dr. Sofie BEKAERT
De Pintelaan 185
9000 Gent
ALHIER

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

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0485		10-jul-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een patiënt-centered digitale tool ter ondersteuning van gezondheidsbevordering in de eerste lijn: Kan een patiënt-centered digitale tool ondersteuning bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk? (MaNaMa Annaïk Van Branteghem)

Belgisch Registratienummer: B670201940555

* Adviesaanvraagformulier (volledig ontvangen dd. 06/03/2019) - versie 1 dd. 1/03/2019
* Antwoord onderzoekers dd 25/06/2019 op opmerkingen EC dd 04/06/2019
* Informatie- en toestemmingsformulier (Versie 2) dd. 25/06/2019
* Protocol (Versie 2) dd. 25/06/2019
* Vragenlijsten
  Enquête voor de huisartsen (versie 2) dd. 25/06/2019
* Overeenkomst emma.health (versie 2)

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

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

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. BEKAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 1/07/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 30/06/2020, 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 1/07/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 30/06/2020, 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 16/07/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/07/2019

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Universiteit Gent - vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijszorg; De pintelaan 185 9000 Gent

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 6: goedgekeurd protocol

Protocol

Achtergrond

In zowel ontwikkelde landen als ontwikkelingslanden stijgt het aandeel ouderen in de bevolking, dit veroorzaakt een toename van de gemiddelde leeftijd. Volgens het Planbureau zal de vergrijzing in België verder toenemen tot 2040. Daarbij komt dat de prevalentie van chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, obesitas en kanker toeneemt met de leeftijd. Deze aandoeningen zijn nog steeds de leading cause van vroegtijdige sterfte in onze Westerse wereld. Gezien een zeer groot deel van de kosten in de gezondheidszorg uitgaat naar het behandelen patiënten met chronische ziekten, zullen deze kosten dramatisch stijgen.

Daarbij komt dat deze aandoeningen deels worden veroorzaakt door levensstijlgebonden factoren. Bovendien bestaan in vele gevallen specifieke screeningsrichtlijnen. Dit maakt dat ze een ideaal doelwit vormen voor preventie. Onder het motto "beter voorkomen dan genezen" probeert men de ontwikkeling van chronische ziekten uit de kanten te gaan ofwel te vertragen. Het is dus van groot belang in te zetten op de ontwikkeling van kosteneffectieve preventie tools die de levenskwaliteit van de Vlaamse populatie verhogen.

Deze situatie vraagt om de implementatie van gezondheid gerelateerde technieken die een op een snelle, eenvoudige en goedkope manier een groot publiek kunnen aanspreken. *Web-based* eHealth interventies kunnen hierbij een oplossing bieden.

De laatste jaren is de digitalisering van de preventieve gezondheidszorg niet tegen te houden. Gevolglijk is het aanbod indrukwekkend gestegen. Allerlei *theory based* onlineprogramma's focussen zich op de screening van één specifiek gezondheidsrisico of gezondheidsdomein. Tot op heden is er nog geen tool die alle medische en levensstijldomeinen in kaart brengt.

Bovendien speelt de huisarts hier een belangrijke rol in. Gezien zijn laagdrempeligheid en frequente patiëntencontacten, vormt hij de geschikte persoon om deze tool toe te reiken aan zijn patiënten en hier ook gebruik van te maken tijdens zijn consult. Hoewel huisartsen de ideale groep vormen om aan primaire preventie te doen, botsen ze vaak op diverse drempels. Patiëntgebonden factoren zijn onder meer gebrek aan motivatie en culturele achtergrond. Huisartsgebondenfactoren zijn onder meer tijdsnood, afwezigheid van efficiënte hulpmiddelen, financiering en de curatieve inrichting van het gezondheidszorgsyteem.

Omwille van deze bestaande kennis werd een nieuwe preventieve screeningstool ontwikkeld genaamd 'emma.health'. Emma.health is een patiënt georiënteerd online platform die werd ontwikkeld door de start-up emma.health om op een digitale manier efficiënt aan preventie te doen.

Binnen het online platform kan een patiënt aan de hand van een chatbot, inzicht krijgen in een eerste risico-inschatting op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, overgewicht en obesitas, COPD, kankers die opgenomen zijn in het bevolkingsonderzoek nl. baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker en tot slot ook in de mentale gezondheid (emotioneel welzijn, sociaal welzijn en persoonlijk welzijn). Deze risico-inschatting is gebaseerd op de Belgische wetenschappelijke standaarden. Daarnaast wordt ook de levensstijl van patiënten op diverse domeinen zoals voeding, beweging, slaap, middelengebruik en ontspanning, in kaart gebracht. Voor iedere patiënt wordt ook een medische profiel aangemaakt waar interessante gegevens zoals

contactpersonen in nood, huisarts, paramedici (kinesitherapeut, psycholoog, ...), lichaamsmetingen zoals gewicht, lengte, BMI, bloeddruk, worden verzameld en weergegeven.
Alle deze informatie wordt steeds op een eenvoudige manier verzameld door middel van een chatbot. Een chatbot is een digitale toepassing die de gebruiker vragen gaat stellen, op een interactieve manier. Nadien krijgt de gebruiker een overzichtelijke weergave van zijn/haar resultaten te zien onder de vorm van een dashboard. Dit is zowel van zijn medisch risicoprofiel, levensstijl score, medisch profiel etc. Er worden nadien ook medische aanbevelingen gegeven wat betreft screening en algmenene preventieve acties. Dit alles wordt dan in een volgende fase besproken met de arts waarna deze evenueel verdere medische stappen onderneemt zoals een verwijzing, een bloedafname, een technisch onderzoek, etc. Het volledige proces staat ten allen tijde onder supervisie van de behandelende geneesheer. Op vandaag is deze tool nog niet actief en wordt deze nog niet geïmplementeerd in huisartsenpraktijken.

Kan een preventieve eHealth tool zoals emma.health hier ondersteuning in bieden?

Probleemstelling en onderzoeksvraag:

Chronische ziekten zoals hart-en vaatziekten, diabetes type 2, overgewicht, obesitas en kankers zijn nog steeds de leading cause van vroegtijdige sterfte. Daarenboven is er een toename van deze aandoeningen gezien de vergrijzing. Het behandelen van chronische aandoeningen kost de maatschappij enorm veel geld. Daarnaast zien we echter dat deze aandoeningen gedeeltelijk levensstijlgebonden zijn en er in veel gevallen specifieke screeningsrichtlijnen voor bestaan, wat ze een ideaal doelwit maken voor preventie. De huisarts speelt hierin een cruciale rol, echter botsen zij vaak op drempels die zowel patiënt- als huisartsgebonden zijn.
Deze situatie vraagt dus om een implementatie van technieken om op een eenvoudige en snelle manier kosteneffectief aan preventie te kunnen doen. Web-based interventies kunnen hiervoor mogelijks een oplossing bieden.

Onderzoeksvraag:
Kan een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning bieden voor preventie in de huisartsenpraktijk?'

- Wat is de huidige visie van huisartsen tegenover preventie?
- Wat is de huidige visie van huisartsen tegenover e-health?
- Welke zijn de pijnpunten voor preventie in de huisartsenpraktijk?
- Wat is de visie van huisartsen tegenover patient empowerment?

Deze onderzoeksvraag kadert binnen een breder onderzoek dat mede zal worden uitgevoerd door Karen Anthonissen en Elise Krzesinksi in kader van hun master-na-master thesis.

Methode

Onderzoeksopzet en -populatie

In deze studie zullen een 30 tal huisartsen tussen de 30 en de 70 jaar, zowel mannen als vrouwen, uit diverse praktijken (solopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentra - stedelijk, landelijk) worden gerecruteerd. Dit zal gebeuren door ze aan te schrijven via diverse kanalen (email, icho website, huisartsengroepen,telefonisch,...). De huisartsen zullen per 6-10 uitgenodigd worden voor een eenmalige samenkomst onder de vorm van een focusgroep. Na verzameling van enkele demografische gegevens aan de hand van een korte vragenlijst (leeftijd, geslacht, type praktijk, manier van recrutering), zal er een demonstratie gebeuren van de online tool, emma.health, aan de hand van twee anonieme patiënten casussen. Een interactief gesprek zal hierop volgen waar rond verschillende thema's adhv een leidraad van vooropgestelde vragen zal gesproken worden. Dit gesprek zal auditief worden opgenomen en door een tweede persoon genoteerd worden. Deze zullen dan worden onderworpen aan een anonieme en gecodeerde analyse om zo verwerkt te worden tot bruikbare resultaten. Dit alles zal gebeuren na duidelijke informering van iedere huisarts onder de vorm van een schriftelijk informatieformulier met eventuele bijkomende mondelinge verduidelijkingen en ondertekenen van een informed consent.

Meetinstrumenten

Focusgeprekavond

- Kwalitatief onderzoek

Analyse en nut van dit onderzoek

De resultaten zullen worden verkregen via kwalitatief onderzoek van de focusgesprekken.

De resultaten van deze studie kunnen inzichten geven of een digitale preventieve tool een ondersteuning kan bieden voor preventie in de huisartsenpraktijk. Het ultieme doel is dan ook om informatie te vergaren wat de mogelijke manieren zijn om preventie in de huisartsenpraktijk te gaan ondersteunen om een gezondheidswinst op lange termijn bij zowel het individu als de maatschappij te gaan creëren.

Annaïk Van Branteghem
Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een patiënt georiënteerde digitale tool ter ondersteuning van gezondheidsbevordering en preventie in de eerste lijn: Kan een patiënt georiënteerde digitale tool ondersteuning bieden voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk?' – Versie 2, 25/06/2019

Referenties:

1. Statbel.fgov.be. Vanaf 2040 blijft de vergrijzing van de Belgische bevolking stabiel door de geleidelijke uitdoving van het babyboomeffect 2018 [Available from: https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vanaf-2040-blijft-de-vergrijzing-van-de-belgische-bevolking-stabiel-door-de-geleidelijke.
2. Volksgzondheidenzorg.org. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit 2018 [Available from: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts.
3. Statbel.fgov.be. Doodsoorzaken 2019.
4. unit Tei. Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years. . The economist 2012.
5. Kuipers Cavaco Y QV. Public health in the EU: State-of-play and key policy challenges. In: union E, editor. 2014.
6. Ford ES, Bergmann MM, Kroger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. Arch Intern Med. 2009;169(15):1355-62.
7. Organisation) WWH. Preventing chronic diseases: A vital investment. WHO global report 2005.
8. institute I. De kost van chronische aandoeningen; wat is de impact van een sterk preventiebeleid? 2018 [Available from: https://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2018/07/Rapport-Preventie.pdf.
9. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet (London, England). 2008;372(9642):940-9.
10. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, Blumenthal D, Boren SA, Brown GD. Improving preventive care by prompting physicians. Arch Intern Med. 2000;160(3):301-8.
11. Pham HH, Schrag D, Hargraves JL, Bach PB. Delivery of preventive services to older adults by primary care physicians. Jama. 2005;294(4):473-81.
12. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? J Adv Nurs. 2002;39(5):472-9.
13. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ. Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. Arch Intern Med. 2007;167(16):1774-81.
14. Harris MF, Hobbs C, Powell Davies G, Simpson S, Bernard D, Stubbs A. Implementation of a SNAP intervention in two divisions of general practice: a feasibility study. Med J Aust. 2005;183(S10):S54-8.
15. Amoroso C, Harris MF, Ampt A, Laws RA, McKenzie S, Williams AM, et al. The 45 year old health check: Feasibility and impact on practices and patient behaviour. Australian Family Physician. 2009;38(5):358-62.
16. Fanaian M, Lyle D, Harris M. Assessment and management of lifestyle risk factors in rural and urban general practices in Australia. Australian journal of primary health. 2010;16:81-6.
17. De Muylder R, Lorant V, Paulus D, Nackers F, Jeanjean M, Boland B. Obstacles to cardiovascular prevention in general practice. Acta Cardiol. 2004;59(2):119-25.
18. Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Bauer MS, Stall R. Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. Implement Sci. 2007;2:42.
19. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Fam Pract. 2010;11:68.
20. WHO. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. 2011.
21. economics m. Current Status and Future Trends in Mobile Health. 2017.
22. Hootsuite Wasa. Global digital report 2018 2018 [Available from: https://digitalreport.wearesocial.com.
23. Karrott. Partner voor uw Communicatie in Voeding & Gezondheid voor een meer duurzame wereld , in België of elders.
24. Hinssen P. Digitaal is het nieuwe normaal. De revolutie is begonnen.: Lannoo; 2010.
25. Griffiths F, Lindenmeyer A, Powell J, Lowe P, Thorogood M. Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. J Med Internet Res. 2006;8(2):e10.
26. Verhoef MGHNP. Rapport Digitale gezondheidsregie. In: Instituut DHR, editor. 2018.
27. Carey M, Noble N, Mansfield E, Waller A, Henskens F, Sanson-Fisher R. The Role of eHealth in Optimizing Preventive Care in the Primary Care Setting. J Med Internet Res. 2015;17(5):e126.
28. Grock S, Ku JH, Kim J, Moin T. A Review of Technology-Assisted Interventions for Diabetes Prevention. Curr Diab Rep. 2017;17(11):107.
29. Widmer RJ, Collins NM, Collins CS, West CP, Lerman LO, Lerman A. Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2015;90(4):469-80.
30. van den Brekel-Dijkstra K, Rengers AH, Niessen MA, de Wit NJ, Kraaijenhagen RA. Personalized prevention approach with use of a web-based cardiovascular risk assessment with tailored lifestyle follow-up in primary care practice--a pilot study. Eur J Prev Cardiol. 2016;23(5):544-51.
31. Forum EP. EPF Position paper on eHealth. 2016.
32. Prainsack B. Empowered Patients in the 21st Century? . In: Press NYU, editor. New York2018.

33. Boudewijnstichting K. Technologie voor een betere levenskwaliteit van personen met een zorg- en ondersteuningsnood thuis. 2019.
34. Kool L, E. Dujso, en R. van Est. Doelgericht digitaliseren - Hoe Nederland werkt aan een digitale transitie waarin mensen en waarden centraal staan. . In: Instituut R, editor. Den Haag2018.
35. Alami H, Gagnon M-P, Fortin J-P. Digital health and the challenge of health systems transformation. Mhealth. 2017;3:31-.
36. Wildevuur SE, Simonse LW. Information and communication technology-enabled person-centered care for the "big five" chronic conditions: scoping review. J Med Internet Res. 2015;17(3):e77.
37. Paul CL, Carey M, Yoong SL, D'Este C, Makeham M, Henskens F. Access to chronic disease care in general practice: the acceptability of implementing systematic waiting-room screening using computer-based patient-reported risk status. Br J Gen Pract. 2013;63(614):e620-6.
38. Hess R, Santucci A, McTigue K, Fischer G, Kapoor W. Patient difficulty using tablet computers to screen in primary care. J Gen Intern Med. 2008;23(4):476-80.
39. Goodyear-Smith F, Warren J, Bojic M, Chong A. eCHAT for lifestyle and mental health screening in primary care. Ann Fam Med. 2013;11(5):460-6.
40. Rogausch A, Sigle J, Seibert A, Thuring S, Kochen MM, Himmel W. Feasibility and acceptance of electronic quality of life assessment in general practice: an implementation study. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:51.
41. Nguyen AD, Frensham LJ, Baysari MT, Carland JE, Day RO. Patients' use of mobile health applications: what general practitioners think. Fam Pract. 2019;36(2):214-8.
42. Peeters JM, Krijgsman JW, Brabers AE, Jong JD, Friele RD. Use and Uptake of eHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners. JMIR Med Inform. 2016;4(2):e11.
43. Mutebi I, Devroey D. Perceptions on mobile health in the primary healthcare setting in Belgium. Mhealth. 2018;4:44-.
44. Ayre J, Bonner C, Bramwell S, McClelland S, Jayaballa R, Maberly G, et al. Factors for Supporting Primary Care Physician Engagement With Patient Apps for Type 2 Diabetes Self-Management That Link to Primary Care: Interview Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(1):e11885.
45. Webb MJ, Wadley G, Sanci LA. Experiences of General Practitioners and Practice Support Staff Using a Health and Lifestyle Screening App in Primary Health Care: Implementation Case Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2018;6(4):e105.
46. Foster C, Richards J, Thorogood M, Hillsdon M. Remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. Cochrane Database Syst Rev. 2013;9:Cd010395.
47. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013(7):Cd007078.
48. Cathrien R.L. Beishuizen WAPvG, Wim B. Busschers, Ron J.G. Peters, Eric P. Moll van Charante en Edo Richard. Internetinterventies voor cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2016.
49. [Available from: https://emma.health.
50. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden: Acco België; 2013.
51. agentschap I. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Een update. . Intermutualistisch agentschap; 2017.
52. Gagnon MP, Ngangue P, Payne-Gagnon J, Desmartis M. m-Health adoption by healthcare professionals: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2016;23(1):212-20.
53. Kong T, Scott MM, Li Y, Wichelman C. Physician attitudes towards-and adoption of-mobile health. Digit Health. 2020;6:2055207620907187-.