Gebruik van telemedicine in de palliatieve zorgcontext ten tijde van COVID-19, een scoping review

Thomas Evenepoel, VUB

Jasper Molenberghs, VUB

Promotor: Prof. Lieve Van den Block

Co-promotor: Dr. Lieve Goeman

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

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.

Inhoudstafel

Abstract 4
1. Inleiding 5
1.1 Achtergrond coronapandemie 5
1.2 Palliatieve zorg ten tijde van COVID-19 5
1.3 Telemedicine 6
1.3.1 Telemedicine in België 6
1.3.2 Telemedicine in palliatieve zorg voor en ten tijde van COVID-19 6
1.3.3 Onopgeloste vragen omtrent telemedicine in de (palliatieve) zorg 7
1.4 Onderzoeksvragen 7
2. Methode 8
2.1 Studie design 8
2.2 Datacollectie 8
2.3 Inclusie en exclusiecriteria 8
2.4 Kwaliteitsbeoordeling 9
2.5 Data extractie en analyse 9
3. Resultaten 10
3.1 Resultaten onderzoeksvraag 1 12
3.2 Resultaten onderzoeksvraag 2 13
4. Discussie 17
4.1 Samenvatting van de resultaten 17
4.2 Interpretatie in de context van ander onderzoek 17
4.3 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek 17
4.4 Sterktes en zwaktes van deze scoping review 18
5. Conclusie 18
6. Dankwoord 18
7. Financiering 19
8. Beschikbaarheid van gegevens en materialen 19
9. Ethische goedkeuring en toestemming tot deelname 19
10. Concurrerende belangen 19
11. Bijlagen 20
12. Referentielijst 29

Abstract

Achtergrond: Sinds december 2019 heeft het coronavirus (SARS-CoV-2 virus, COVID-19 virus) wereldwijd toegeslagen. Vanaf 11 maart 2020 is de uitbraak van COVID-19 erkend als een pandemie door de WHO (1). De zorgsector heeft hard geleden onder de bemoeilijkte werkomstandigheden die het coronavirus met zich meebracht. De palliatieve zorgverlening ten tijde van COVID-19 werd als een extra uitdaging ervaren voor zorgverleners. Palliatieve patiënten hebben namelijk bijkomende zorg nodig voor hun onderliggende (vaak uitgebreide) ziekteproblematiek, ze zijn (vaak) fysiek zwakker en moeten emotioneel begeleid worden in het kader van het levenseinde. Daarnaast zorgde de COVID-19 pandemie ook voor een toename van de vraag voor psychosociale ondersteuning en palliatieve zorgdiensten (2). Om een antwoord te kunnen bieden op de toegenomen vraag voor palliatieve zorgdiensten ten tijde van COVID-19, werd er zorg verleend van op afstand door middel van telemedicine. Volgens de definitie van de WHO betreft dit "zorgverlening vanop afstand waarbij er communicatie is tussen zorgverleners die klinische begeleiding en ondersteuning zoeken van andere zorgverleners of waarbij er communicatie is tussen zorggebruikers, die op zoek zijn naar gezondheidsdiensten, en zorgverleners" (3) Het doel van dit scoping review onderzoek is na te gaan welke de huidige barrières zijn (ten tijde van covid-19) voor het gebruik van telemedicine in de palliatieve zorg en de mogelijke oplossingen hiervan. Eveneens werd er nagegaan wat de structuur is van een telemedicine consultatie in de palliatieve zorg en welke thema's in zo een teleconsultatie aan bod komen.

Methode: Op basis van de PRISMA-Scr richtlijnen werd er een scoping review uitgevoerd. Aan de hand van een systematische zoekstrategie werden artikels geïdentificeerd in drie verschillende databases: Pubmed, Embase en Psychinfo. De gehanteerde criteria voor inclusie van artikels waren: artikels die gaan over barrières en/of oplossingen in telemedicine, thema's die aan bod komen in een teleconsultatie, de structuur van een teleconsultatie en de focus moet liggen op palliatieve zorgsetting én telemedicine. Exclusiecriteria waren: artikels die uitsluitend kinderen of adolescenten onder 18 jaar betroffen, artikels gepubliceerd voor 2019 en artikels waar geen toegang tot de hele tekst werd verleend na schriftelijke aanvraag. Om de verkregen artikels overzichtelijk te bewaren, werd er gebruik gemaakt van een databank (EndNote®). Met behulp van een data-extractieformulier zijn de artikels geanalyseerd in functie van de onderzoeksvragen. Tot slot werd ook een quality assessment uitgevoerd op de uiteindelijk geïncludeerde artikels met behulp van de Hawker criteria.

Resultaten: Finaal werden 32 artikels weerhouden die antwoorden zouden kunnen bieden aan de onderzoeksvragen. Van deze 32 artikels beantwoorden 16 artikels aan de eerste onderzoeksvraag en 23 artikels aan de tweede onderzoeksvraag. Zeven artikels waren relevant voor beide onderzoeksvragen. Na het volledig lezen van deze artikels werden er zeven van de 16 artikels voor de eerste onderzoeksvraag en 10 van de 23 artikels voor de tweede onderzoeksvraag geëxcludeerd. Bij het analyseren van de negen geïncludeerde artikels voor het beantwoorden van onderzoeksvraag één, identificeerden we vier grote groepen van barrières: communicatie barrières, barrières rond technologie gebruik, barrières rond wetgeving bij teleconsultaties en barrières wegens gebrek aan fysiek contact. Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag werd er, op basis van de 13 geïncludeerde artikels, een tabel bekomen met een overzicht van verschillende elementen die aan bod kunnen komen in de structuur van een teleconsultatie, alsook een tabel met mogelijke thema's die een teleconsultatie kunnen omvatten in de palliatieve zorgsetting.

Conclusie: Telemedicine is nuttig gebleken en zeker ten tijde van COVID-19. Voor het uitvoeren van een teleconsultatie is het belangrijk om een goede structuur te handhaven. Er bestaat echter géén "one size fit all" consultatie structuur. Daarom zal een goede voorbereiding, geduld en herhaling nodig zijn voor een optimale implementatie van een teleconsultatie. Specifiek voor de palliatieve zorgcontext lijkt de conclusie te zijn dat het fysieke en persoonlijke contact niet kan vervangen worden door een teleconsultatie door de aanwezige barrières omtrent communicatie, technologie, wetgeving en afwezig fysiek contact. Verder onderzoek naar deze barrières en vooral oplossingen is zeker nog waardevol om de inzichten verworven in deze scoping review verder uit te diepen.

Kernwoorden: COVID-19, SARS-CoV-2 virus, coronavirus, palliatieve zorg, palliatieve behandeling, palliatieve geneeskunde, teleconsultatie, telemedicine consultatie, telehealth, eHealth, barrières, oplossing, structuur, thema's

1. Inleiding

1.1 Achtergrond coronapandemie

De afgelopen vier jaar heeft het coronavirus (SARS-CoV-2 virus, COVID-19 virus) wereldwijd toegeslagen. Sinds 11 maart 2020 is de uitbraak van COVID-19 erkend als een pandemie door de World Health Organization (WHO). Wereldwijd zijn er reeds 647 miljoen bevestigde besmettingen en 6,64 miljoen bevestigde overlijdens ten gevolge van COVID-19 genoteerd (1). De zorgsector heeft hard geleden onder de bemoeilijkte werkomstandigheden die het coronavirus met zich meebracht. Onder meer door de hoge besmettingsgraad namen zowel de patiënten als de zorgverleners extra veiligheid - en beschermingsmaatregelen om niet besmet te worden. Het gebruik van mondmaskers, extra handhygiëne, physical distancing en quarantainemaatregelen werden hiervoor in het leven geroepen (4). Deze ingevoerde maatregelen gaven zowel de zorgbehoevenden als de zorgverleners extra psychische stress. Vele studies rapporteerden hierop negatieve psychologische effecten: posttraumatische stress, verwardheid en boosheid (5). Ook in Vlaanderen werd de toegenomen belasting op de zorgverleners duidelijk. De verschillende 'POWER TO CARE' enquêtes van Sciensano en KU Leuven bevroegen het mentale welzijn van de zorgverleners tijdens de covid-19 pandemie. Hieruit bleek dat vele zorgverleners kampen met chronische stress, met fysieke klachten (hoofdpijn, nekpijn, misselijkheid, …) en 28% van de zorgverleners zou overwegen om te stoppen met hun zorgberoep. De nood aan ondersteuning blijft hoog (6).

1.2 Palliatieve zorg ten tijde van COVID-19

Het verlenen van palliatieve zorg ten tijde van COVID-19 werd als een extra uitdaging ervaren voor zorgverleners, in het bijzonder bij mensen die zich in de laatste levensdagen of weken bevonden. Deze patiënten hebben namelijk bijkomende zorg en ondersteuning nodig voor hun onderliggende (vaak uitgebreide) ziekteproblematiek. Ze zijn (vaak) fysiek zwakker door hun pathologie en moeten emotioneel begeleid worden in het kader van het levenseinde. Dit is een extra uitdaging ten tijde van COVID-19 waarbij persoonlijk en fysiek contact ("skin to skin") werd afgeraden, zeker zonder de nodige beschermingsmaatregelen.

In dit onderzoek gebruiken we de gemodificeerde definitie van palliatieve zorg die door de WHO in 2002 werd beschreven: palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (7).

In ons land zijn het vaak de generalisten/huisartsen die centraal staan in de palliatieve zorg. Zij beschikken over de nodige basiskennis en basisvaardigheden in de palliatieve zorg. Belangrijk is dat de huisartsen zich hier comfortabel bij voelen en zich opleiden en laten omringen door specialistische palliatieve zorgverleners (8). Zo worden de palliatieve patiënten niet enkel begeleid door hun behandelende arts, maar worden ook van op korte afstand begeleid door een uitgebreide groep van zorgverleners uit de palliatieve zorg. Deze groep van zorgverleners omvat mantelzorgers, specialisten, de kinesist, de psycholoog, palliatieve verpleegkundigen en zelfs gespecialiseerde palliatieve multidisciplinaire begeleidingsequipes. Naast de palliatieve eenheden in de Vlaamse ziekenhuizen kent Vlaanderen zo'n 15 thuisequipes die regionaal zijn georganiseerd. Deze zorg is in Vlaanderen volledig terugbetaald indien het palliatief statuut wordt aangevraagd door de behandelende arts (9, 10).

Naast de bemoeilijkte omstandigheden voor (palliatieve) zorgverlening die de COVID-19 pandemie met zich meebracht (zie 1.1), zorgde deze pandemie ook voor een toename van de vraag voor psychosociale ondersteuning en palliatieve zorgdiensten zoals vroegtijdige zorgplanning en het in orde brengen van de negatieve wilsverklaring (2). Sinds COVID-19 is deze toename deels te wijten aan het toenemende besef dat risicopatiënten kwetsbaar zijn voor overlijden aan hoog besmettelijke ziekten (11).

1.3 Telemedicine

Telemedicine wordt in deze scoping review omschreven volgens de WHO definitie als "zorgverlening vanop afstand waarbij er communicatie is tussen zorgverleners die klinische begeleiding en ondersteuning zoeken van andere zorgverleners of waarbij er communicatie is tussen zorggebruikers, die op zoek zijn naar gezondheidsdiensten, en zorgverleners" (3).

Door de huidige technologische ontwikkeling kan dit via telefoon of computer met de beschikbare online tools (bv smartphone applicaties, Whatsapp, Zoom, Microsoft Teams, …).

Telemedicine wordt vooral gebruikt bij het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes, hypertensie en chronische pulmonale aandoeningen of bij patiënten die een palliatieve behandeling ondergaan (12). Ten tijde van COVID-19 bood telemedicine de mogelijkheid om continue zorg te verlenen zonder blootstelling aan ziektekiemen of verdere verspreiding van het COVID-19 virus.

1.3.1 Telemedicine in België

Ook in België werden er naar aanleiding van de richtlijnen om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan, verschillende verstrekkingen gecreëerd (door het RIZIV) voor telefonische adviezen, aanvankelijk voor artsen bij de triage van COVID-19-patiënten en voor adviezen in het kader van continuïteit van zorg bij gekende patiënten. Later werden er ook nieuwe verstrekkingen gecreëerd voor verschillende andere zorgberoepen zoals psychiaters, neuropediaters, tandartsen, kinesisten, logopedisten, vroedvrouwen, psychologen, ergotherapeuten en diabeteseducatoren (13). Desondanks deze inspanningen voor terugbetaling van telemedicine staat het gebruik van telemedicine in België nog in zijn kinderschoenen. Wel is er sinds covid een nieuwe online tool ontwikkeld: LEA, **L**evens**E**inde **A**pp, is een praktisch hulpmiddel voor artsen en zorgverleners in de zorg voor ernstig zieken en hun naasten en bij het ondersteunen van hun keuzes. Via deze tool kunnen de patiënt en hun naasten informatie verkrijgen over vroegtijdige zorgplanning, rouw, pijnbehandeling,… LEA is een initiatief van het Forum Palliatieve Zorg vzw en LEIF vzw (14).

1.3.2 Telemedicine in palliatieve zorg voor en ten tijde van COVID-19

Om een antwoord te kunnen bieden op de toegenomen vraag voor de verschillende diensten van palliatieve zorg tijdens de COVID-19 pandemie, bleek telemedicine een interessant middel om vanop een afstand deze diensten te voorzien. Telemedicine is geen nieuw instrument. Zoals beschreven in een narrative review uit Canada (Cherniwchan et al) (2), over het aanwenden van virtuele platformen voor de toegenomen vraag naar palliatieve zorgverlening, was telemedicine reeds voor COVID-19 een attractief instrument in de palliatieve zorg. Het zorgde voor een toename van de toegang tot palliatieve zorg voor erg zieke patiënten met beperkte functionele, tijd en/of financiële middelen, en voor patiënten die geen toegang hebben tot lokale palliatieve zorg (2). Reeds in 2016 publiceerde de WHO richtlijnen voor de implementatie van telemedicine in dealgemene zorgcontext: 'framework for the implementation of a telemedicine service' (15).

Een groeiend aantal (buitenlandse) studies hebben aangetoond dat telemedicine in de palliatieve zorg ten tijde van COVID-19 geassocieerd is met hoge patiënttevredenheid en verbetering van de einde levensfase beleving voor patiënten en hun families, dat het tijdbesparend is voor de patiënt en zorgverlener, betere controle van de symptomen van de patiënt geeft, minder gebruik van de gezondheidszorg en minder gevoel van isolatie geeft (2, 16-20). Er zijn weinig Vlaamse studies die patiënttevredenheid van telemedicine reeds onderzocht hebben aangezien telemedicine in Vlaanderen nog beperkte toepassingen kent.

1.3.3 Onopgeloste vragen omtrent telemedicine in de (palliatieve) zorg

Ondanks verschillende studies die de meerwaarde van telemedicine in de (palliatieve) zorg aantonen, zijn er nog verschillende onopgeloste vragen. Een systematisch literatuuronderzoek van Ekeland et al (21) over de evaluatie van telemedicine in de algemene zorgsector toonde aan dat er nog een tekort is aan kwalitatieve wetenschappelijke evidentie op vlak van klinische effectiviteit, impact op patiënten begeleiding en organisatie, en kosten van het implementeren van telemedicine (15, 21). Desondanks dat deze review dateert van 2010 zijn deze vragen nog niet opgelost. Eveneens focust deze review zich niet specifiek op de palliatieve zorgsector. Er is dus nood aan een systematisch uitgevoerd literatuuronderzoek dat kan aantonen wat er geweten is op dit moment met betrekking tot telemedicine specifiek in de palliatieve zorg, hoe men dat best kan doen en wat de barrières zijn en hoe deze weggenomen kunnen worden.

1.4 Onderzoeksvragen

Deze scoping review ging op zoek naar antwoorden op vragen met betrekking tot palliatieve zorg en telemedicine ten tijde van COVID-19 die in de huisartsenpraktijk een meerwaarde kunnen bieden. Hierbij werden de volgende (praktische) onderzoeksvragen opgesteld:

1a) Wat zijn de meest voorkomende barrières* die ervaren worden bij het implementeren van telemedicine in een palliatieve zorgcontext ten tijde van COVID-19, en dit vanuit multipele perspectieven (patiënten, zorgverleners) en in verschillende settings (in- versus out-patients)?
1b) Wat zijn mogelijke oplossingen voor deze barrières?

2a) Welke structuur wordt er gehanteerd tijdens een telemedicine consultatie voor palliatieve zorgverlening en dit in de verschillende settings ten tijde van COVID-19?
2b) Welke thema's worden er besproken binnen een telemedicine consultatie bij palliatieve patiënten, en welke niet, en dit in verschillende settings (in- versus out-patients) ten tijde van COVID-19?

*Definitie barrière = *"wat iets tegenhoudt of hindert" (22)*. Dit includeert in dit onderzoek eveneens de nadelen die verbonden zijn aan telemedicine en zo een barrière vormen voor de toepassing van telemedecine in de palliatieve zorg.

2. Methode

2.1 Studie design

Voor het uitvoeren van deze scoping review werd er gebruik gemaakt van de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-Scr) richtlijnen.

2.2 Datacollectie

Voor deze scoping review werd er gedurende de periode van 1 april 2022 tot en met 31 mei 2022 systematisch in de literatuur gezocht naar relevante artikels voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Deze zoekactiviteit werd ondersteund door Kim De Nooijer (PhD, onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde, VUB). Er werden artikels geïdentificeerd in drie verschillende databases: Pubmed, Embase en Psychinfo, elk met hun eigen aangepaste zoekstring (zie bijlage 1). Deze zoekstrings werden in overleg met mevrouw Katrien Alewaeters (hoofd medische bibliotheek VUB) opgesteld. Om de verkregen artikels overzichtelijk te bewaren, werd er gebruik gemaakt van een databank (EndNote®), waarna eenvoudig een overzichtelijke flowchart kon worden opgesteld. Voor de verdere identificatie van nuttig geachte artikels werd er geen onderscheid gemaakt in het type artikel, mede door het relatief recente onderwerp en de verwachting dat er weinig relevante informatie ter beschikking zou zijn. Duplicaten werden verwijderd.

2.3 Inclusie en exclusiecriteria

Na het uitvoeren van de zoekstrings werden de bekomen artikels door beide auteurs gezamenlijk gescreend op basis van titel en abstract, waarbij rekening werd gehouden met de inclusie en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- Abstracts die gaan over barrières in telemedicine;
- Abstracts die gaan over oplossingen van barrières in telemedicine;
- Abstracts die gaan over verschillende thema's die aan bod komen in een teleconsultatie;
- Abstracts die gaan over de structuur van een teleconsultatie;
- Uit de titel en het abstract moet duidelijk blijken dat de focus van het artikel ligt op palliatieve zorgsetting én telemedicine.

Exclusiecriteria:

- Artikels die uitsluitend gaan over kinderen of adolescenten onder 18 jaar;
- Artikels gepubliceerd voor 2019 (pre-COVID-19 periode);
- Artikels waar geen toegang toe werd verleend via de elektronische databanken, alsook niet na persoonlijk e-mailen van de eerste auteur.

Elk artikel werd op basis van bovenvermelde criteria ingedeeld in subcategorieën in EndNote® zodat de reden van exclusie kon worden nagegaan om de reproductiviteit van de review te vergroten. Onderzoeker Dr. Thomas Evenepoel focuste zich op het beantwoorden van onderzoeksvraag 1, onderzoeker Dr. Jasper Molenberghs focuste zich op het beantwoorden van onderzoeksvraag 2. Iedere auteur heeft vervolgens de artikels die relevant bleken te zijn voor zijn onderzoeksvraag van focus volledig gelezen.

2.4 Kwaliteitsbeoordeling

Er werd een kwaliteitsbeoordeling uitgevoerd op de uiteindelijk geïncludeerde artikels. Hiervoor werd de Hawker checklist (zie bijlage 2) gehanteerd. Deze schaal is toepasbaar op alle types van de geïncludeerde (kwalitatieve) artikels. De artikels werden bijgevolg beoordeeld op negen items (abstract en titel, introductie en doelstellingen, methode, sampling, data analyse, ethics en bias, resultaten, generaliseerbaarheid en bruikbaarheid), waarop een score wordt gegeven telkens van 1 tot en met 4 (1 = zeer slecht, 2 = slecht, 3 = gewoon, 4 = goed). Elke auteur heeft zijn geïncludeerde artikels (per onderzoeksvraag) beoordeeld volgens deze criteria, onafhankelijk van de andere, alsook minstens drie artikels van de andere auteur ter vergelijking. Meningsverschillen werden besproken en opgelost. De scores werden niet gebruikt om artikels te excluderen, maar om de lezer te informeren over de kwaliteit van het onderzoek en om de interpretatie van de bevindingen te sturen.

2.5 Data extractie en analyse

Om de nodige informatie uit de artikels te halen en deze op een duidelijke wijze te kunnen weergeven, werd gebruik gemaakt van een data-extractieformulier in Excel. Dit formulier werd door beide auteurs afzonderlijk opgesteld met betrekking tot hun onderzoeksvraag. Voor onderzoeksvraag 1 werd een data-extractieformulier gemaakt met de barrières en mogelijke oplossingen. Deze barrières werden gelinkt aan het “framework for the implementation of a telemedicine service” opgesteld door de WHO, waarin eveneens wordt nagegaan wat de barrières zijn voor het implementeren van telemedicine in de algemene zorgcontext. Voor onderzoeksvraag 2 ging dit over de aan bod komende thema’s en de structuur van een teleconsultatie in de palliatieve setting ten tijde van COVID-19. Daarnaast werd er ook informatie verzameld over het verschil tussen de gehospitaliseerde en ambulante patiënten (in- en out- patients).

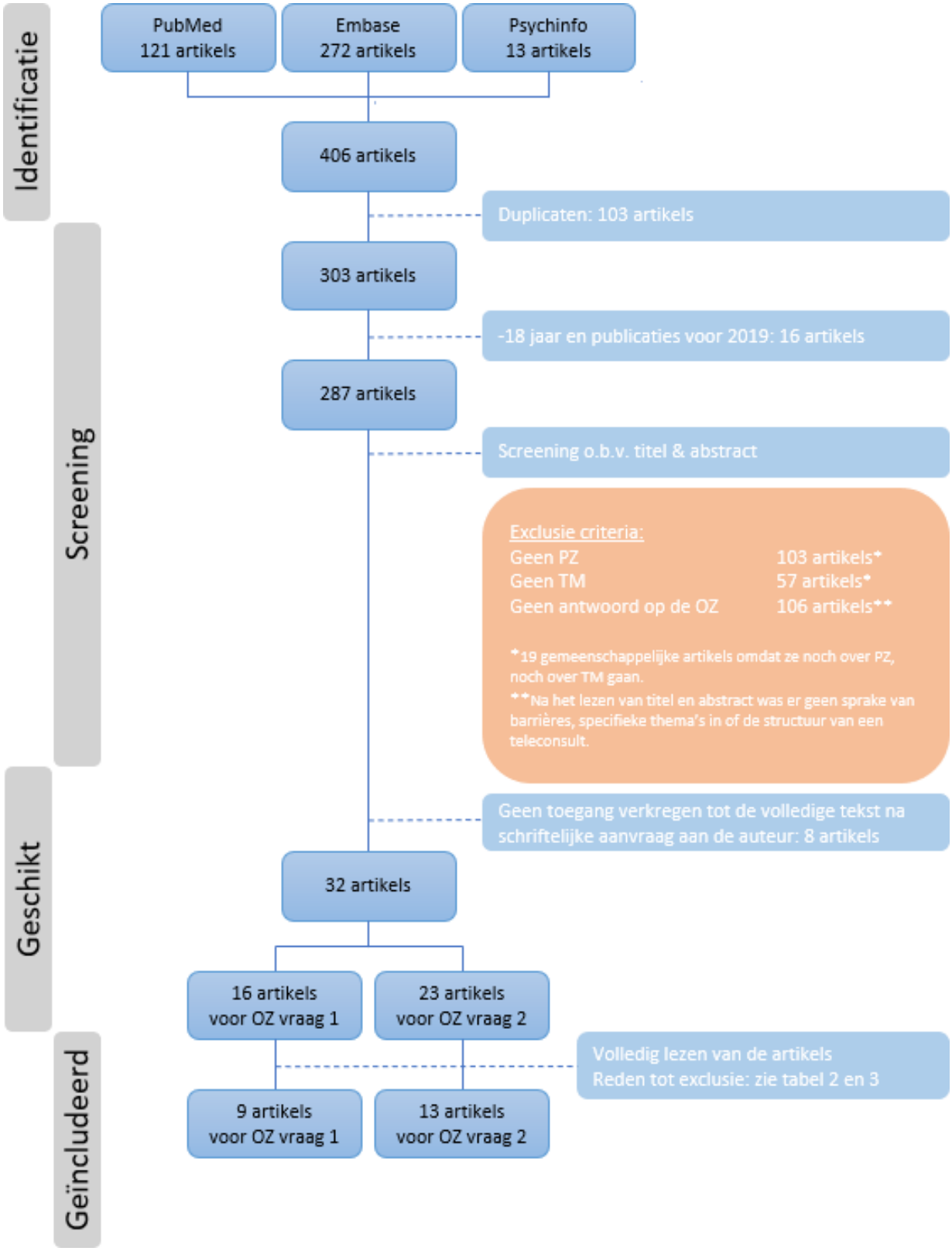
3. Resultaten

Bij het uitvoeren van de zoekstrings (zie bijlage 1) in de drie databases werden in PubMed 121 resultaten, in Embase 272 resultaten en in Psychinfo 13 resultaten verkregen (zie flowchart, p 11). Uit dit totaal van 406 artikels werden 103 duplicaten verwijderd. Na het doorvoeren van de exclusiecriteria werden er 16 artikels verwijderd.

De in totaal 287 artikels werden vervolgens gescreend op basis van titel en abstract. 103 artikels werden geëxcludeerd wegens geen duidelijke vermelding van palliatieve zorg en 57 wegens geen duidelijke vermelding van telemedicine. Van deze 160 artikels waren er 19 artikels die geen van beide vermeldingen hadden. Van de resterende artikels werden er 106 artikels geëxcludeerd omdat er geen vermelding was van de barrières voor het implementeren van telemedicine, van de thema's die aan bod kunnen komen in een telemedicine consultatie of van de structuur van een telemedicine consultatie. Eveneens werden acht artikels geëxcludeerd waartoe geen toegang tot de volledige tekst werd verleend, ook niet na schriftelijke aanvraag aan de auteur via email (zie bijlage 3, tabel 1). Op basis van de titel en het (al dan niet beschikbare) abstract, bevatten twee van deze acht geëxcludeerde artikels van Stockdill M. L. (23) en Webb M. (24) mogelijks interessante informatie voor onderzoeksvraag 2.

Finaal werden er 32 geschikte artikels weerhouden die antwoorden zouden kunnen bieden op de onderzoeksvragen. Van deze 32 artikels beantwoordden 16 artikels aan de eerste onderzoeksvraag en 23 artikels aan de tweede onderzoeksvraag. Zeven artikels zijn relevant voor beide onderzoeksvragen. Na het volledig lezen van deze artikels werden zeven van de 16 artikels voor de eerste onderzoeksvraag en 10 van de 23 artikels voor de tweede onderzoeksvraag geëxcludeerd. De redenen tot exclusie worden weergegeven in tabel 2 en 3 (zie bijlage 4 en 5).

Dit leidde naar een totaal van 19 geïncludeerde artikels waarvan negen artikels voor onderzoeksvraag 1 en 13 artikels voor onderzoeksvraag 2. 3 artikels bieden een antwoord op beide onderzoeksvragen. Voor de 19 artikels werd er een quality assessment verricht (zie bijlage 6, tabel 4) met behulp van de Hawker checklist (zie bijlage 2).



Figuur 1: Flowchart volgens PRISMA-Scr richtlijn
PZ = palliatieve zorg; TM = telemedicine; OZ = onderzoeksvraag

3.1 Resultaten onderzoeksvraag 1

De eerste onderzoeksvraag luidde: a) Wat zijn de meest voorkomende barrières die ervaren worden bij het implementeren van telemedicine in een palliatieve zorgcontext ten tijde van COVID-19, en dit vanuit multipele perspectieven (patiënten, zorgverleners) en in verschillende settings (in- versus out-patients)? b) Wat zijn mogelijke oplossingen voor deze barrières?

Analyse van de negen geïncludeerde artikels bracht vier grote groepen van barrières naar voor: communicatie, technologie gebruik, wetgeving bij teleconsultaties en barrières wegens gebrek aan fysiek contact. Deze barrières worden verder in detail weergegeven in onderstaande tabel met telkens de vermelding van het artikel waarin deze barrières werden aangehaald. Er werd geen onderscheid gevonden in de barrières voor in-of out- patients.

Tabel A: Barrières voor het implementeren van telemedicine		**Referenties**
Communicatie	Probleem voor het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie, opbouwen van vertrouwen	(2, 25-28)
	Non-verbale tekens worden gemakkelijker gemist	(2, 26, 28, 29)
	Niet mogelijk indien patiënt slechthorend of blind is of te ziek is	(2, 25, 26, 30)
	Gebrek aan privacy (achtergrondlawaai, nood aan privé ruimte?…)	(2, 19, 26, 29, 30)
Technologie	Geen toegang tot pc, smartphone, tablet, internet	(2, 19, 25-31)
	Niet wetend hoe ze technologie moeten gebruiken om op afstand te communiceren	(2, 19, 25-31)
	Vaak duur, 'digital divide'	(2, 26, 28, 29)
Wetgeving	Geen wetgeving rond privacy (encryption?), terugbetaling van teleconsulten, voorschrijven van medicatie (bv opioïden)	(2, 26-30)
Fysiek contact	Geen klinisch onderzoek mogelijk	(28-31)
	Geen fysiek contact: geen ondersteunende schouderklop, knuffel, …	(28, 31)

Oplossingen om met deze barrières om te gaan worden weergegeven in onderstaande tabel, alsook de verwijzing naar het desbetreffende artikel.

Tabel B: Oplossingen		**Referenties**
Communicatie	Telemedicine etiquette (in de camera kijken, zich zelf goed voorstellen,…) (zie ook onderzoeksvraag 2)	(2, 19, 25, 26, 28, 29)
	Aandacht schenken aan non-verbale clues	(19, 25, 26, 28, 29)
	Voor privacy: hoofdtelefoon, end-to-end encryption	(25, 29, 30)
Technologie	One-key contact voor patiënten die kunnen helpen met technologie problemen (familie, vrienden,…)	(2, 19, 26, 27, 31)
	Opleiding voor zorgverlener/patiënt omtrent optimaal gebruik van technologie	(8, 11-16)

	Telefoon bij de hand houden bij internetproblemen	(19, 25, 26, 28, 29)
Wetgeving	Nieuwe wetgeving rond privacy (encryption?), terugbetaling van teleconsulten, voorschrijven van medicatie (bv opioïden)	(26-29)
Fysiek contact	Geef advies wanneer klinisch onderzoek noodzakelijk is	(19, 26)

3.2 Resultaten onderzoeksvraag 2

De tweede onderzoeksvraag luidde: a) Welke consultatie structuur wordt er gehanteerd tijdens een telemedicine consultatie voor palliatieve zorgverlening en dit in de verschillende settings (in- versus out-patients) ten tijde van COVID-19? b) Welke thema's worden er besproken binnen een telemedicine consultatie bij palliatieve patiënten, en welke niet, en dit in verschillende settings (in- versus out-patients) ten tijde van COVID-19?

Analyse van de 13 geïncludeerde artikels, welke antwoord bood op de vraag hoe de structuur van een teleconsultatie in de palliatieve zorg er uit ziet ten tijde van COVID-19 (de zogenaamde telemedicine etiquette), wordt schematisch weergegeven in onderstaande tabel:

Tabel C: Structuur van een teleconsultatie		**Referenties**
Voorbereiding	Rustige/stille/klare omgeving	(19, 25, 32-34)
	Professionele achtergrond	(19, 25)
	Proefdraai	(19, 25, 35, 36)
	Lichaamshouding	(19, 25, 32-34, 36)
	Contactpersoon	(19, 33, 34, 36)
	Handleiding van de software	(19, 34)
	Zo nodig een tolk voorzien	(19, 25)
	Telefoon uitschakelen	(19)
	Achtergrondinformatie van de patiënt	(36)
	Bepaal op voorhand of er nood gaat zijn aan extra hulpmiddelen (grafiek) en personen (familieleden, multidisciplinair team)	(33, 36)
	Back-up plan	(19, 25, 34, 36)
Aanvang	Groeten (zwaaien)	(25)
	Informed consent vragen	(37)
	Benoem dat het spijtig is dat het niet face-2-face kan plaatsvinden	(25)
	Vraag of er verbetering mogelijk is om het aangenamer te maken (geluid, beeld, …)	(25, 33, 35, 36)
	Film/beschrijf de omgeving met aanwezigen (privacy)	(19, 33, 36)
	Vraag of hij tijdens het consult notities mag nemen	(36)
	Vraag wat de verwachtingen zijn en wat hij zeker wil weten	(33, 34)
Gesprek	Knik zachtjes om te bevestigen, zonder geluid	(25)
	Correct gebruik van stiltes	(25, 33, 34, 36, 37)
	Articulatie en expressie	(32)
	Microfoon dempen bij meerdere deelnemers	(19)
	Reageer verbaal bij emoties	(25, 33)
	Toon empathie	(25, 32-34)
	Bij enige twijfel vraag je of alles duidelijk is en herhaal zo nodig	(19, 36, 37)
Afsluiten	Vat samen (jij en/of de patiënt)	(25, 34, 36, 37)
	Ga na of alles begrepen is	(25, 36)
	Geef ruimte om vragen te stellen of gedachten te uiten	(25)

	Regel zo nodig een vervolgconsult	(25, 36)
	Bedank voor de tijd en de moeite	(25)
Nadien	Documenteren	(36)
	Reflectie	(36)

De structuur van een teleconsultatie is belangrijk. Het begint reeds bij de **voorbereiding** waar de omgevingsfactoren van belang zijn. Zo is een klare en professionele omgeving noodzakelijk (19, 25, 32-34), maar ook rekening houden met de lichtinval is belangrijk om de kwaliteit van het beeld niet te verstoren. Idealiter plaatst men een klein lampje achter en boven de camera, die enkel het gezicht belicht (34). Andere artikels raden aan de omgeving te testen voorafgaand aan de consultatie, al dan niet met de aanwezigheid van een technisch team (19, 25, 35, 36). Aandacht geven aan de lichaamshouding is een terugkerend punt in de literatuur, o.a. je neutraal en ontspannen opstellen, zorgen dat het hoofd en 1/3 van het bovenlichaam zichtbaar is, de camera op ooghoogte plaatsen en oogcontact proberen te houden aangezien dit het gevoel van connectie verhoogt. Dit kan vergemakkelijkt worden door het beeld van de patiënt op het scherm zo dicht mogelijk bij de camera te plaatsen (19, 25, 32, 34). Er wordt ook aangeraden een contactpersoon te hebben die kan gecontacteerd worden in verband met administratieve zaken, maar ook bij technische problemen (19, 33, 34, 36). Indien er zich te veel technische problemen voordoen kan je als back-up plan overschakelen naar een telefonische consultatie (19, 25, 34, 36). Om het verloop van de consultatie te vereenvoudigen kunnen er hierover voor aanvang algemene instructies worden overgemaakt (19,34, 36). Volgens de literatuur is het aan te raden om reeds achtergrondinformatie van de patiënt te hebben. Dit kan door op voorhand contact op te nemen met collega's, andere zorgverleners of instelling en na te gaan hoe de patiënt is zodat zijn/haar situatie kan ingeschat woorden voor de aanvang van het gesprek (19, 36). Overweeg of het nodig is om een multidisciplinaire teleconsultatie te plannen of individueel met verschillende zorgverleners. Dit hangt af van persoon tot persoon, maar ook van de pathologie. Te veel informatie in één keer kan te overweldigend over komen voor de patiënt (33, 36).

Bij **aanvang** van de teleconsultatie wordt in het artikel van Gonçalves J. voorgesteld om het informed consent te vragen (38). Soms zal het nodig zijn om notities te nemen tijdens het gesprek. Vraag de patiënt of hij/zij dit goed vindt, zo weet deze ook waarom er geen oogcontact kan zijn. Probeer dit echter tot een minimum te beperken (36). Tijdens het consult is het belangrijk dat je duidelijk verstaanbaar en zichtbaar bent. Vraag ook naar bevestiging hieromtrent (25, 33, 35, 36). Het gebruik van hoofdtelefoons kan de kwaliteit van het geluid helpen te verbeteren (34). Zorg ervoor dat je duidelijk articuleert zodat liplezen mogelijk is en spreek in korte zinnen (32, 34). Het kan ook helpen te vragen de omgeving te filmen/beschrijven. Zo kan je inschatten wat de impact van hun situatie op hun dagelijks leven is (19, 33, 36). Vertel bij aanvang ook wie er aanwezig is, dit om de privacy te kunnen respecteren (19, 33, 36). Als dit alles in orde is, vraag je telkens na welke verwachtingen er zijn bij dit gesprek en wat de patiënt zeker te weten wilt komen (33, 34).

Tijdens het **gesprek** zijn er een aantal aandachtspunten waar men rekening mee dient te houden. Vermijd te langdurige stiltes, maar geef ook korte pauzes om stemoverlap te vermijden. Door een mindere internetconnectie kan geluid en beeld vertraging oplopen (25, 34, 37). Soms kunnen er meerdere deelnemers zijn in het gesprek. Vraag om de microfoon te dempen zodat er geen achtergrondlawaai aanwezig is (19). Verbale communicatie is de factor in een teleconsultatie. Door te zeggen dat je begrijpt waarom hij/zij zich zo voelt, kan men een band creëren met de patiënt en empathie tonen (25, 32-34). Maar door het gebrek aan fysiek contact is ook non-verbale communicatie een belangrijk element. Overdrijf met gelaatsuitdrukkingen en variatie in stemhoogte zodat emoties duidelijker worden (25, 32-34). Toon dat je aandachtig luistert door bevestigend te knikken zonder dat het gesprek gestoord wordt door een verbaal antwoord (25).

Afsluiten doe je door samen te vatten en na te gaan of er nog vragen zijn bij de deelnemers. Zo

nodig kan er ook een volgend gesprek gepland worden (25, 34, 36, 37).

Na de teleconsultatie is het belangrijk dat alles goed wordt gedocumenteerd. Zorg er voor dat andere zorgverleners aan deze documentatie kunnen zodat ook zij op de hoogte zijn. Tot slot neem je zelf ook tijd om te reflecteren zodat er zo nodig aanpassingen kunnen gebeuren in de toekomst. Wat had beter gekund? Is er iets dat je de volgende keer anders zou doen? Heeft de raadpleging de principes van persoonsgerichte zorg gevolgd? Heeft de patiënt uit het consult gekregen wat hij wilde? (36).

De artikels maken geen onderscheid tussen de structuur van een teleconsultatie bij een in- of out-patient. Het artikel van Calton B. (19) is het enige artikel dat weergeeft dat principes van de structuur, mits enige aanpassing aan de situatie, dezelfde zijn.

Een artikel van Kuntz J. G. (39) is het enige artikel dat een voorbeeld structuur weergeeft die is uitgewerkt door een palliatief team om een teleconsultatie te leiden met de familie van de patiënt. Ze delen een teleconsultatie op in acht delen, telkens met een aantal tips/voorbeelden van hoe het in de praktijk kan worden toegepast (zie bijlage 7). Er werd één artikel gevonden dat specifiek ging over het voeren van slecht nieuws gesprekken via telemedicine. In dit artikel heeft Gonçalves Junior J. (38) enkele aanpassingen doorgevoerd aan het SPIKES-protocol die overzichtelijk weergegeven zijn in bijlage 8.

De thema's die mogelijks aan bod kunnen komen tijdens een teleconsultatie in de palliatieve setting ten tijde van COVID-19, na analyse van de 13 geïncludeerde artikels, staan opgelijst in onderstaande tabel.

Tabel D: Mogelijke thema's in een teleconsultatie	**Referenties**
Anamnese, diagnose, prognose, behandelplan, medicatie*	(19, 27, 40)
Evaluatie van bijwerkingen en symptomen	(36, 37, 40)
Evaluatie van chirurgische wonden (indien video beschikbaar)	(40)
Follow-up consultatie	(37, 40)
Fysieke en ergotherapie, inclusief lymfoedeemzorg	(40, 41)
Genetisch advies	(40)
Integratieve diensten: mindfulness training, advies over supplementen en kruiden, begeleiding bij beweging en wellness	(40)
Klinisch onderzoek** (indien video beschikbaar)	(36, 37, 40, 41)
Ondersteuning door maatschappelijk werker	(27, 40, 41)
Palliatieve symptoombestrijding	(27, 33, 35, 37, 40, 41)
Patiëntenvoorlichting en zelfmanagement***	(37, 40)
Psychologische zorg (steungroepen en individuele sessies)	(19, 27, 32, 33, 37, 40)
Rookstop consultatie	(40)
Spirituele zorgverlening	(33, 37)
Triage voor nood aan klinisch onderzoek, bijkomende onderzoeken en/of opname	(27, 33, 40, 41)
Triage voor ondersteunende zorgbehoeften	(33, 40)
Voedingsadvies	(40, 41)
Vroegtijdige zorgplanning	(27, 33, 37)
Vruchtbaarheidsconsultatie	(40)

*medicatie opstarten/aanpassen, maar ook het vragen van de persoonlijke medicatie door de doosjes afzonderlijk voor de camera te houden (indien video beschikbaar)
**aangevuld met zelfonderzoek door de patiënt, kan worden gebruikt om de huidige functionele status van de patiënt in te schatten en bepaalde fysieke kenmerken te evalueren, zoals vitale functies, algemene fysieke verschijning, cardiorespiratoire status, veranderingen in huid en extremiteiten en veranderingen in conditie.
*** bijvoorbeeld voorlichting over chemotherapie/oncologische therapie

De geïncludeerde artikels geven aan dat deze thema's aan bod kunnen komen, er van uit gaande dat een palliatieve teleconsultatie multidisciplinair kan zijn. Er wordt telkens geopteerd voor een videoconsultatie indien mogelijk. Geen enkel van de geïncludeerde artikels maakt onderscheid in de thema's die tijdens een teleconsultatie aan bod kunnen komen tussen in- of out-patients.

4. Discussie

4.1 Samenvatting van de resultaten

Telemedicine is nuttig gebleken en zeker ten tijde van COVID-19. Voor het uitvoeren van een teleconsultatie is het belangrijk om een goede structuur te handhaven. Er bestaat echter géén “one size fit all” consultatie structuur. Daarom zal een goede voorbereiding, geduld en herhaling nodig zijn voor een optimale implementatie van een teleconsultatie. Volgens de literatuur kunnen teleconsultaties het face-2-face consult niet vervangen, maar ze kunnen in bepaalde situaties wel een vaste waarde hebben en ze zijn een goed alternatief in tijden van crisis. Specifiek voor de palliatieve zorgcontext lijkt de conclusie te zijn dat het fysieke en persoonlijke contact (‘skin to skin’) niet volledig kan vervangen worden door een teleconsultatie door de aanwezige barrières omtrent communicatie, technologie, wetgeving en afwezig fysiek contact.Verder onderzoek naar deze barrières en vooral oplossingen is zeker nog waardevol om de inzichten verworven in deze scoping review verder uit te diepen. Iedere casus is echter verschillend. Daarom wordt iedere situatie best afzonderlijk bekeken en bepaald of er nood is aan een teleconsultatie of een face-2-face consult, en dit in functie van de context, stadium en noden van de patiënt.

4.2 Interpretatie in de context van ander onderzoek

Als de resultaten voor onderzoeksvraag 1 (vier grote groepen barrières: technologie, communicatie, wetgeving, en fysiek contact) vergeleken worden met het “framework for the implementation of a telemedecineservice” dat werd opgesteld door de WHO in 2016 (voor de COVID-19 pandemie), bekomen we gelijkaardige uitkomsten. De WHO classificeerde toen de barrières voor het implementeren van telemedicine eveneens in vier categorieën: technologische omgeving (tekort aan infrastructuur en vaardigheden,…), menselijke omgeving (de menselijke factor, beperkte emotionele band opbouwen,…), economische omgeving (de kost voor implementatie van telemedicine,…) en de organisatorische omgeving (15). De grootste barrières die door de WHO in 2016 werden aangehaald zijn nog steeds dezelfde, zijnde de technologie en communicatieproblemen. Technologisch problemen spelen nog vaak op aangezien het vooral ouderen zijn die zich in een palliatieve situatie bevinden. Oudere personen zijn niet altijd op de hoogte van de huidige technologische mogelijkheden. Eveneens zijn communicatieproblemen nog een groot struikelblok. Het is niet evident om op afstand goed te communiceren (o.a. non-verbale communicatie), een vertrouwelijke arts-patiënt relatie op te bouwen en dit zeker in een gevoelige setting zoals de palliatieve zorgsector.

Uit de resultaten voor onderzoeksvraag 2 blijkt dat verschillende structuren voor een teleconsultatie terug te vinden zijn in de literatuur, zonder dat er één structuur wordt vooropgesteld door een officiële instantie zoals bijvoorbeeld de WHO. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat er geen “one size fit all” consultatie structuur bestaat. Iedere arts heeft zijn wijze van consulteren. Dit mag echter geen reden zijn tot het niet hanteren van een bepaalde structuur. Wat betreft de thema’s die aan bod kunnen komen, is er maar één artikel dat deze specifiek beschrijft (40). Alle andere artikels halen soms wel een thema aan, maar zonder specifieke vermelding. Uiteindelijk werd (naar de mening van de auteurs) een relatieve volledige lijst bekomen van de belangrijkste onderwerpen, welke niet verschillend zijn van een “face-2-face” consultatie. Uitzondering hierop is het volledige klinisch onderzoek, wat niet mogelijk is vanop afstand. Een reden voor het ontbreken van een lijst met thema’s is, volgens de auteurs en blijkend uit de bekomen tabel, dat er geen onderscheid is met de onderwerpen die aan bod komen in een “face-2-face” consultatie, mits de nodige communicatieve aanpassingen zoals beschreven in hogervermelde resultaten.

4.3 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Zoals meerdere artikels aantonen heeft telemedicine zijn nut al bewezen en zeker ten tijde van COVID-19. Daardoor wordt telemedicine meer en meer aanvaard in de zorgsector. Het gebruik van telemedicine in de palliatieve zorg context hangt af van de omstandigheden. In functie van het

stadium waar de patiënt zich in bevind, de nood van de patiënt en de zorgsituatie zal er individueel een afweging moeten worden gemaakt om al dan niet telemedicine toe te passen. Toch zullen er altijd problemen aanwezig blijven bij het uitvoeren van zorg op afstand. Voor het praktisch implementeren van telemedicine in de palliatieve zorg moet men rekening houden met de barrières en mogelijke oplossingen die hierboven werden vermeld (tabel A en B). Verder onderzoek naar deze barrières (communicatie, technologie, wetgeving en persoonlijk contact) en vooral oplossingen is zeker nog waardevol om de inzichten verworven in deze studie verder uit te diepen. Als aanbeveling voor de praktijk raden de auteurs de bovenstaande tabel (tabel C) met betrekking tot de structuur aan om door te nemen, daar deze een mooi overzicht geeft van de aandachtspunten om een teleconsultatie goed te laten verlopen. Deze algemene basisstructuur kan worden toegepast bij ieder thema van een teleconsultatie.

4.4 Sterktes en zwaktes van deze scoping review

Deze studie werd opgesteld volgens een vooropgestelde methode, meer bepaald het PRISMA-Scr principe. De auteurs hebben zich laten begeleiden door ervaren onderzoekers. Zo werden in overleg met een deskundige de belangrijkste databases geraadpleegd, alsook werden de zoekstrings gecontroleerd door een deskundige. Op deze manier werd er een zo breed en correct mogelijke zoekopdracht verkregen. De bekomen artikels werden niet door één, maar door twee onderzoekers geselecteerd en gecatalogeerd. Hiermee werd er een geverifieerde flowchart en een eerste deel van de resultaten sectie bekomen. De uiteindelijk geïncludeerde artikels zijn onderworpen aan een kwaliteitsbeoordeling, waarvan drie artikels (16%) door beide onderzoekers zijn gescoord als vorm van controle.

Er zijn tevens een aantal limieten in deze studie. Mogelijks werden niet alle interessante of relevante artikels geselecteerd met de gekozen methodologie en keuze van inclusie- en exclusiecriteria. Er werden slechts drie databases geconsulteerd. Enkel de titel en het abstract van de artikels werden gescreend op relevantie. Artikels zonder toegang tot het volledige artikel werden geëxcludeerd, waarvan er twee artikels (23, 24) mogelijks belangrijk waren voor onderzoeksvraag 2. Er werden eveneens geen Vlaamse studies gevonden die antwoorden boden aan onze onderzoeksvragen. Het uitvoeren van palliatieve zorg zal mogelijks regionaal verschillend zijn.

Het verlenen van palliatieve zorg kan ook heel verschillend zijn afhankelijk van in welk stadium de patiënt zich bevindt. Zo kunnen palliatieve zorgverleners soms gedurende maanden patiënten begeleiden en soms kan de begeleiding maar heel kortdurend zijn voor patiënten met een snel progressieve aandoening. Het uitvoeren van palliatieve zorg en het gebruik van telemedicine zal voor beide patiëntengroepen zeer verschillend zijn. In dit onderzoek werd er geen onderscheid gemaakt tussen beide patiëntengroepen.

Bij het schrijven van de discussie kwamen de auteurs tot het besluit dat het interessant zou zijn geweest als er nog een extra deel onderzoeksvragen in de studie was opgenomen, namelijk de redenen of het besluit waarom er overgegaan wordt naar een teleconsultatie en in welke situaties de face-2-face consultaties minder voor de hand liggend zijn. Echter impliceert dit een andere zoekstring en was het gezien de tijdsdruk niet meer mogelijk dit proces te herhalen.

5. Conclusie

Telemedicine heeft grote stappen vooruitgezet gedurende de COVID-19 periode. Specifiek voor de palliatieve zorgcontext lijkt de conclusie te zijn dat het fysieke en persoonlijke contact (‘skin to skin’) niet kan vervangen worden door een teleconsultatie maar een teleconsultatie kan een goed alternatief zijn in tijden van crisis. Voor het uitvoeren van een teleconsultatie is het belangrijk om een goede structuur te handhaven, er bestaat echter géén “one size fit all” consultatie structuur.

6. Dankwoord

Deze literatuurstudie is mede mogelijk gemaakt dankzij de ondersteuning van Prof. Lieve Van den Block, Dr. Lieve Goeman, Dr Kim De Nooijer, mevrouw Katrien Alewaeters en onze naaste familieleden en vrienden.

7. Financiering

Voor deze studie werd geen financiering ontvangen.

8. Beschikbaarheid van gegevens en materialen

De datasets gebruikt en/of geanalyseerd tijdens de huidige studie zijn beschikbaar op verzoek aan de corresponderende auteurs.

9. Ethische goedkeuring en toestemming tot deelname

Niet relevant voor deze studie.

10. Concurrerende belangen

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

11. Bijlagen

Bijlage 1: Zoekstrings voor elke aparte database

Zoekstring PUBMED:

("COVID-19"[MeSH] OR “COVID-19”[tiab] OR “coronavirus”[tiab] OR “sars-cov-2 infection”[tiab] OR “Infection, SARS-CoV-2”[tiab] OR “SARS CoV 2 Infection*”[tiab] OR “COVID-19 Virus Infection*”[tiab] OR “COVID 19 Virus Infection”[tiab] OR “Infection, COVID-19 Virus”[tiab] OR “Virus Infection, COVID-19”[tiab] OR “COVID19” [tiab]) AND ("Palliative Care"[MeSH] OR “palliative care”[tiab] OR “Care, Palliative”[tiab] OR “Palliative Treatment*”[tiab] OR “Therapy, Palliative”[tiab] OR “Palliative Therapy”[tiab] OR “palliative therapies”[tiab] OR “Palliative Supportive Care”[tiab] OR “Supportive Care, Palliative”[tiab] OR “Palliative Care Medicine”[tiab] OR “Medicine, Palliative Care”[tiab] OR “Medicine, Palliative” [tiab] OR “palliative medicine”[tiab]) AND ("Telemedicine"[MeSH] OR “Mobile Health”[tiab] OR “Health, Mobile”[tiab] OR “mHealth”[tiab] OR “Telehealth”[tiab] OR “eHealth”[tiab] OR “remote consultation”[tiab] OR “telemedicine” [tiab])

Zoekstring Embase:

(‘COVID-19’/exp OR ‘coronavirus’:ti,ab,kw OR ‘sars-cov-2 infection’:ti,ab,kw OR ‘Infection, SARS-CoV-2’:ti,ab,kw OR ‘SARS CoV 2 Infection*’:ti,ab,kw OR ‘COVID-19 Virus Infection*’:ti,ab,kw OR ‘COVID 19 Virus Infection’:ti,ab,kw OR ‘Infection, COVID-19 Virus’:ti,ab,kw OR ‘Virus Infection, COVID-19’:ti,ab,kw OR ‘COVID19’:ti,ab,kw) AND (‘Palliative Care’/exp OR ‘Care, Palliative’:ti,ab,kw OR ‘Palliative Treatment*’:ti,ab,kw OR ‘Treatment*, Palliative’:ti,ab,kw OR ‘Therapy, Palliative’:ti,ab,kw OR ‘Palliative Therapy’:ti,ab,kw OR ‘palliative therapies’:ti,ab,kw OR ‘Palliative Supportive Care’:ti,ab,kw OR ‘Supportive Care, Palliative’:ti,ab,kw OR ‘Palliative Care Medicine’:ti,ab,kw OR ‘Medicine, Palliative Care’:ti,ab,kw OR ‘Medicine, Palliative’:ti,ab,kw) AND (‘Telemedicine’/exp OR ‘Mobile Health’:ti,ab,kw OR ‘Health, Mobile’:ti,ab,kw OR ‘mHealth’:ti,ab,kw OR ‘Telehealth’:ti,ab,kw OR ‘eHealth’:ti,ab,kw OR ‘remote consultation’:ti,ab,kw OR ‘telemedicine’:ti,ab,kw)

Zoekstring Psychinfo:

(TI,AB,SU(“COVID-19”) OR TI,AB,SU(“coronavirus”) OR TI,AB,SU(“sars-cov-2 infection”) OR TI,AB,SU(“Infection, SARS-CoV-2”) OR TI,AB,SU(“SARS CoV 2 Infection*”) OR TI,AB,SU(“COVID-19 Virus Infection*”) OR TI,AB,SU(“COVID 19 Virus Infection”) OR TI,AB,SU(“Infection, COVID-19 Virus”) OR TI,AB,SU(“Virus Infection, COVID-19”) OR TI,AB,SU(“COVID19”)) AND (TI,AB,SU(“Palliative Care”) OR TI,AB,SU(“Care, Palliative”) OR TI,AB,SU(“Palliative Treatment*”) OR TI,AB,SU(“Treatment*, Palliative”) OR TI,AB,SU(“Therapy, Palliative”) OR TI,AB,SU(“Palliative Therapy”) OR TI,AB,SU(“palliative therapies”) OR TI,AB,SU(“Palliative Supportive Care”) OR TI,AB,SU(“Supportive Care, Palliative”) OR TI,AB,SU(“Palliative Care Medicine”) OR TI,AB,SU(“Medicine, Palliative Care”) OR TI,AB,SU(“Medicine, Palliative”)) AND (TI,AB,SU(“Telemedicine”) OR TI,AB,SU(“Mobile Health”) OR TI,AB,SU(“Health, Mobile”) OR TI,AB,SU(“mHealth”) OR TI,AB,SU(“Telehealth”) OR TI,AB,SU(“eHealth”) OR TI,AB,SU(“remote consultation”) OR TI,AB,SU(“telemedicine”))

Bijlage 2: : Hawker checklist

Scoring (with a maximum score of 36):
4 = Good, 3 = Fair, 2 = Poor, 1 = Very poor

Notes for appraising the quality of each paper:

Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?

Good	Structured abstract with full information and clear title.
Fair	Abstract with most of the information.
Poor	Inadequate abstract.
Very Poor	No abstract.

Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good	Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair	Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor	Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.
Very Poor	No mention of aims/objectives. No background or literature review.

Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?

Good	Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair	Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor	Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor	No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good	Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair	Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor	Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor	No details of sample.

Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good	Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair	Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor	Minimal details about analysis.
Very Poor	No discussion of analysis.

Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very Poor	No mention of issues.

Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.

Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor	Minimal description of context/setting.
Very Poor	No description of context/setting.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very Poor	None of the above.

Bijlage 3: tabel 1: Artikels waarvoor geen toegang werd verkregen tot de volledige tekst

Hoofdauteur	Titel
Broglio, K.	Rural Palliative Care Patients' Attitudes toward Telemedicine Visits during the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Study.
Calton, BA.	"I Just Need to Hold His Hand": Telemedicine Is Powerful, But Not Perfect.
George, D. J.	A Test of Trust.
Green, R.	Older people with severe frailty talking about their palliative care needs: an interview and survey study during the COVID-19 pandemic.
Sombatwantana, S.	Palliative stroke care among COVID-19 pandemic.
Stockdill, M. L.	Telehealth in Palliative Care: Communication Strategies From the COVID-19 Pandemic.
Tenorio, ACS.	The Phone Call.
Webb, M.	Best Practices for Using Telehealth in Hospice and Palliative Care.

Bijlage 4: tabel 2: Artikels die werden geëxcludeerd (voor onderzoeksvraag 1) na volledig lezen

Titel	Hoofdauteur	Reden van exclusie
Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the COVID-19 pandemic: a rapid review.	Sutherland Anna	Het artikel haalt geen barrières aan, noch oplossingen.
End-of-live care during COVID-19: opportunities and challenges for community nursing.	Bowers Ben	Het artikel haalt heel weinig barrières (voornamelijk omtrent arts-patiënt relatie) aan en geen oplossingen
Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review.	Wittenberg Elaine	Het artikel haalt enkel barrières aan omtrent communicatie, eveneens gaat het artikel niet louter om telemedicine en biedt het geen oplossingen aan nuttig in de telemedicine setting.
Telemedicine during COVID-19 pandemic: advantage or critical issue?	Perrone Giulio	Het artikel haalt enkel beperkt barrières aan en biedt geen oplossingen.
Virtual visits in palliative care: about time or against the grain	Hawkins Joseph Paul	Het artikel haalt enkel beperkt barrières aan en biedt geen oplossingen.
Novel use of telepalliative care in a New York city emergency department during the COVID-19 pandemic.	Flores Stefan	Het artikel haalt heel weinig barrières en oplossingen aan, eveneens gaat het over een zeer specifieke setting (de spoedafdeling – hier ligt de focus niet altijd op palliatieve zorg).
Palliative care for older adults with multimorbidity in the time of COVID 19.	Powell Victoria	Het artikel haalt geen barrières aan, noch oplossingen.

Bijlage 5: Tabel 3: Artikels die werden geëxcludeerd (voor onderzoeksvraag 2) na volledig lezen

Titel	**Hoofdauteur**	**Reden van exclusie**
Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program.	Audrey Tan	Noch elementen over de structuur noch specifieke thema's voor een teleconsultatie komen aan bod. Dit artikel gaat vooral over hoe verpleegkundigen een teleconsultatie hebben geïntegreerd bij patienten in de eindfase van palliatieve zorg en de tevredenheid hiervan bij de mensen.
Telemedicine during COVID-19 pandemic: advantage or critical issue?	Perrone Giulio	Het artikel gaat niet over de structuur van een consult, noch komen er thema's aan bod die kunnen worden besproken in een teleconsultatie.
Reinventing palliative care delivery in the era of COVID-19: how telemedicine can support end of life care.	Ritchey Katherine	Het betreft hier een kwaliteit verbeterend project, meebepaald over hoe ze hun project hebben verwezenlijkt en de bewezen werking hiervan a.d.h.v. een casus. Echter wordt er niet gesproken van een bepaalde structuur te hanteren, alsook geen thema's die aan bod komen in een teleconsultatie.
Can you hear me now?: Improving palliative care access through telehealth.	Kristen Allen Watts	Dit artikel geeft een overzicht van verschillende telehealth programma's in de palliatieve zorg, inclusief de voor- en nadelen, geleerde lessen, en tenslotte toekomstige richtingen voor de verdere ontwikkeling en uitbreiding hiervan. Er is geen informatie over structuur of thema's in een teleconsultatie terug te vinden.
Digital health innovation to integrate palliative care during the COVID-19 pandemic.	Lai Lucinda	Het betreft een artikel over palliatieve steekkaarten die gebruikt kunnen worden in de tweede en derde lijn, opgesteld door PalliCOVID (een webapplicatie). Geen informatie die ons verder kan helpen bij het beantwoorden van de 2de onderzoeksvraag.
Implementation of a palliative hospital-centered spiritual and psychological telehealth system during COVID-19 Pandemic.	Palma Alejandra	Gaat over de tevredenheid van de patiënten bij de aanpak van spirituele en psychologische zorg via teleconsultaties. Er komen geen andere thema's

		aan bod, noch informatie over een structuur dat wordt gehanteerd om het consult te leiden.
Pulmonary rehabilitation: time for an upgrade.	Raquel Sebio-García	Kaart het probleem aan van pulmonaire rehabilitatie na longziekten. De COVID-19 situatie heeft gezorgd dat dit via telemedicine verbeterd en versneld is geïntegreerd. Geen informatie over structuur van een teleconsultatie en mogelijke thema's die aan bod kunnen komen.
Reimagining the inpatient palliative care consult: lessons from COVID-19.	Smitha Ganeshan	Dit artikel geeft de nood aan teleconsultaties aan en hoe die in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd, samen met hun verbeterpunten. Er is geen info over de inhoud van een teleconsultatie , noch over de structuur.
Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the COVID-19 pandemic: a rapid review	Sutherland Anna	Bevat geen informatie over de structuur en thema's die aan bod kunnen komen in een teleconsultatie.
Smartphone-enabled, telehealth-based family conferences in palliative care during the COVID-19 pandemic: pilot observational study.	Yu-Rui Wu	Het gaat noch over de structuur van een teleconsultatie, noch over thema's die aan bod komen. Eerder over de tevredenheid van de opzet en de resultaten.

Bijlage 6: tabel 4: Quality assessment volgens de Hawker checklist

Quality assessment: Hawker checklist										
Auteur + referentie	Abstract + Titel	Introduction + Aims	Method + data	Sampling	Data analyse	Ethics and bias	Results	Generalizability	Usefulness	Totaalscore (max 36)
Onderzoeksvraag 1 (TE)										
Allen Watts K. (29)	3	3	2	2	1	3	2	1	3	20
Calton B. (19)	3	3	2	1	1	3	2	1	4	20
Chavarri-Guerra Y. (30)	3	3	3	3	3	2	3	2	2	24
Cherniwchan H. (2)	3	3	2	2	2	2	2	1	2	19
Chua I. S. (25)	3	3	2	1	1	2	3	1	3	19
Lally K. (28)	3	3	2	2	2	3	3	2	4	24
Mehta A. K. (27)	2	2	1	1	1	2	2	1	2	14
Silva M. D. (31)	3	3	2	1	1	3	2	1	4	20
Tang M. (26)	3	3	2	1	1	3	3	1	4	21
Onderzoeksvraag 2 (JM)										
Agnew J. (36)	2	3	2	1	1	1	4	1	4	19
Calton B. (19)	3	3	2	1	1	3	2	1	4	20
Chua I. S. (25)	3	3	2	1	1	2	3	1	4	19
Gonçalves Júnior J. (38)	1	3	3	1	1	2	3	2	3	19
Grewal U. S. (37)	3	3	2	1	1	2	3	2	3	20
Humphreys J. (35)	3	3	2	1	1	1	2	1	3	17
Kluger B. M. (33)	1	4	2	1	1	1	2	2	2	16
Kuntz J. G. (39)	3	2	4	2	3	2	4	3	2	25
Liu R. (40)	1	4	2	2	1	1	4	1	3	19
Mehta A. K. (27)	2	2	1	1	1	2	2	1	3	15
Powell V. D. (41)	2	3	3	1	1	2	3	1	2	18
Saldivar R. T. (34)	2	3	3	1	1	2	3	1	2	18
Schade A. C. (32)	3	3	2	1	1	2	3	1	3	19

Bijlage 7: Teleconsultatie met de familie

Belangrijke stappen	Punten en nuttige zinnen
1. Eén contactpersoon voor het gezin aanwijzen en de teleconsultatie	-Stem af met de verpleegkundige aan het bed om een teleconsultatie vast te stellen die overeenkomt met de verwachte verpleeg- of beademingsschema's voor patiënten. Dit biedt ook zinvolle mogelijkheden voor andere leden van het zorgteam om met de familie van de patiënt samen te werken. -Deel mee dat het geplande tijdstip van de teleconsultatie ruimte biedt voor deelname van noodzakelijke of geïnteresseerde leden van het zorgteam (bijv. ICU-team, maatschappelijk werker, aalmoezenier, andere adviseurs). -Identificeer en bel één contactpersoon van de familie en vraag hun e-mailadres. -Als er zorgbeslissingen moeten worden genomen, bevestig dat de noodzakelijke wettelijke vertegenwoordiger(s) beschikbaar zal/zullen zijn om deel te nemen aan de voorgestelde teleconsultatie. -Plan de teleconsultatie en genereer een e-mail link. -Deel de link met uitgenodigde zorgteamleden.
2. Geef de link naar de teleconsultatie en de instructies in een e-mail aan de familie.	-Mail de link naar de familie contactpersoon, instrueer hen om de link te delen metiedereen die ze willen laten deelnemen aan de teleconsultatie. -Mail links voor zowel alleen audio als audio en video om deelname mogelijk te maken van personen die geen internet toegang hebben. -Verstuur de link via een beschermd e-mailadres met de disclaimer dat het e-mailadres niet gebruikt zal worden voor verdere communicatie. -Vermeld volgende info in de e-mail: "Schrijf alstublieft alle vragen die u heeft over de zorg van uw dierbare op voor de teleconsultatie zodat we er zeker van zijn dat we al uw zorgen kunnen behandelen." "Gelieve 10-15 minuten voor het begin van de teleconsultatie aanwezig te zijn om er zeker van te zijn dat alle technische problemen behandeld kunnen worden." "Gelieve een rustige omgeving te zoeken om deel te nemen, tijdens de teleconsultatie vragen we u om uw microfoon te dempen tenzij u praat".
3. Plan het invoeren, "aantrekken" en plaatsen van het tabletapparaat	-Plaats het tablet in een plastic wegwerphoes (geen steriele papieren beschermers) en zorg ervoor dat de luidspreker van het tablet zich aan het open uiteinde van de plastic hoes bevindt om het geluid te optimaliseren. -Plaats het tablet in de houder op het nachtkastje en plaats het zodanig dat de patiënt in beeld is. -Als de patiënt niet kan deelnemen aan de teleconsultatie, demp dan het geluid op het tablet om te voorkomen dat de vergadering wordt verstoord door alarmen en monitorgeluiden in de patiëntenkamer.
4. Start de teleconsultatie	-Stel een agenda op met wat u hoopt te behandelen en nodig de familie uit om punten aan de agenda toe te voegen. -"We willen ervoor zorgen dat uw bezoek zinvol is en dat deze ontmoeting aan uw behoeften voldoet. Vanuit ons perspectief willen we graag een klinische update geven en eventuele vragen beantwoorden en vervolgens een virtueel bezoek toestaan. Zijn er nog andere punten die u wilt toevoegen aan onze agenda van vandaag? We hebben in totaal ongeveer X minuten." -Waarschuw de familie voordat de patiënt op het scherm verschijnt. -"Voor sommige mensen is het nuttig om hun dierbare op video te zien als ze hem niet persoonlijk kunnen zien, voor anderen is het niet nuttig. Als u de beelden storend vindt, kunt u zich gewoon van het scherm afwenden of uw telefoon of tablet met het gezicht naar beneden leggen." -Geef aan dat de inhoud van de video kinderen of anderen kan verontrusten. -"Als er kinderen aanwezig zijn, raden we aan dat hun ouders of andere volwassenen de video eerst bekijken en naar eigen goeddunken beslissen of het passend is dat kinderen de video ook bekijken. -Bespreek de veiligheidsregels: niet rijden. -"Uw veiligheid is belangrijk voor ons, we beginnen de bijeenkomst wanneer u in staat bent uw auto tot stilstand te brengen en op een veilige plaats staat."
5. Uitvoeren van de teleconsultatie	-Zorg voor een goede introductie van het team en de familie - kan uitgebreider zijn dan een gewone persoonlijke consultatie. -Laat de patiënt aan het woord. -Spreek zoveel mogelijk mensen aan op video. -Demp deelnemers die storend zijn indien nodig.
6. Bied een virtueel bezoek aan	-Wanneer mogelijk, geef familie de tijd om de patiënt te bezoeken.

	-"We gaan u een virtueel privébezoek met X toestaan, we zullen onze audio en video dempen, en we zullen over ongeveer x minuten bij u langskomen. We laten u weten wanneer we nog ongeveer twee minuten over hebben." -Voor patiënten aan het einde van hun leven: moedig deelnemers aan om "deze tijd te nemen om te zeggen wat u op het hart ligt". -Bied gelegenheid voor spirituele oefeningen, gebed of muziek; nodig beschikbare geestelijk verzorgers of aalmoezeniers uit om dit deel van de bijeenkomst te faciliteren.
7. Beëindig de teleconsultatie	-Geef een waarschuwing van twee minuten. -Gebruik een timer die verbaal aftelt tot het einde - "deze teleconsultatie eindigt over 10 seconden ... 10, 9, 8, 7....."Sluit vervolgens de video af.
8. De tablet reinigen	-Coördineer het verwijderen van de tablet bij voorkeur met het beschikbare zorgteamlid dat de patiënt moet verzorgen en de kamer moet binnengaan. -Haal de tablet uit de beschermhoes en reinig het apparaat met een ontsmettingsdoekje.

Bijlage 8: Aanpassingen in het SPIKES-protocol voor een slecht nieuws gesprek via teleconsultatie

Setting-up	a. Zoek een geschikte plaats waar de beroepsbeoefenaar de gesprekken en/of videogesprekken kan voeren, zo mogelijk zelfs buiten de COVID-19-unit, zodat hij het beschermingsmateriaal kan uittrekken,vooraf kan eten en zo nodig naar het toilet kan gaan. Het gebruik van videogesprekken bij slecht nieuws wordt aanbevolen vanwege de mogelijkheid om, van de zijde van de beroepsbeoefenaar, non-verbale signalen van de ontvanger te herkennen om het gesprek te sturen. b. Stel een script op met de belangrijkste onderwerpen van de evolutie van de patiënt, zijn naam en de naam van de aanwezige die gewoonlijk de telefoon opneemt. Het is belangrijk te benadrukken dat voor een succesvolle communicatie een grondige kennis van de kliniek en de vraag van de patiënt noodzakelijk is. c. Organiseer, afhankelijk van de vraag, de belangrijkste prioriteiten voor het gesprek (de informatie waarvan hij denkt dat die delicater is, moet voorrang krijgen).
Perception	a. Noem de aanwezigen en de patiënt bij naam. Deze handeling helpt om de arts-patiënt/familie relatie te versterken. b. Vraag altijd of er iemand in de omgeving van de aanwezigen is die de informatie ontvangt en kan door geven. c. Let op variaties in de toon van de gesprekspartner (tonen van twijfel, verdriet, pauzes). d. In het geval van een videogesprek, geef aandacht voor non-verbale taal zoals het kruisen van de armen, frequente afwijkingen van de blik.
Invitation	a. Vraag de aanwezigen in hoeverre zij op de hoogte zijn van de ziekte, de diagnose, de gezondheidstoestand en de prognose van de patiënt. Deze stap is analoog aan wat men ziet in de face-to-face klinische praktijk. b. Stel u zelf beschikbaar om vragen te beantwoorden. c. Probeer een intieme sfeer en een veilige en gastvrije omgeving te creëren, toon bereidheid om te helpen.
Knowledge	a. Verstrek informatie over de evolutie, diagnose en prognose van de patiënt met respect voor de sociale, economische en culturele beperkingen van de familie. b. Vermijd het gebruik van medisch jargon. c. Vraag altijd aan het eind van elke oriëntatie of de boodschap is gehoord en begrepen.
Emotion	a. Wees alert voor uitingen van droefheid en/of vreugde en toon er begrip voor. b. Toon een beschikbare en empathische houding, laat zien dat je begrip hebt voor lijden en moeilijkheden. Hou rekening dat mensen in veel gevallen na het doorgeven van moeilijke informatie niet actief aandacht besteden aan wat er later wordt gezegd. c. Emotioneel worden mag, het mag alleen niet meer zijn dan de aanwezigen zelf.
Strategy & summary	a. Vat de gegeven informatie samen en herhaal deze bij voorkeur op dezelfde manier als ze werd gepresenteerd. b. Kondig aan dat het gesprek ten einde loopt. c. Deel de datum van het volgende gesprek, alsmede, indien mogelijk, de naam van de deskundige die daarvoor verantwoordelijk zal zijn. Hier wordt benadrukt dat het dezelfde beroepsbeoefenaar moet zijn, om de continuïteit van de zorg en de relatie te handhaven.

Bijlage 9: Persoonlijke reflectie bij deze thesis door Thomas Evenepoel

Bij het aanvangen van het project 'master na master thesis' in het kader van onze huisartsenopleiding vroeg ik aan mijn goede vriend Jasper Molenberghs om samen een thesis te schrijven. Wij zijn allebei verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel en zochten daarom ook een thema verbonden aan een promotor van onze eigen universiteit. Dit vonden we rap in de palliatieve zorg en euthanasie context. Beiden hadden we hier interesse in en spraken af om in dit thema een thesis te schrijven onder begeleiding van professor Lieve Van den Block en Dr. Lieve Goeman. Beiden voelden wij ons goed om een literatuurstudie uit te voeren.

In een eerste fase lazen wij allebei afzonderlijk ons wat in over het thema palliatieve zorg met nadruk op telemedicine. Nadien legden wij onze bevindingen samen en kwamen we uit op mogelijke onderzoeksvragen (barrières rond telemedicine in de palliatieve zorgsector, wat kan en wat kan niet binnen zo een telemedicine consult specifiek in de palliatieve zorgsector,…). Deze onderzoeksvragen kwamen tot stand aangezien we beiden onderzoeksvragen zochten die zeer praktisch gericht zijn en konden toegepast worden in de dagelijkse praktijkvoering.

Na het vastleggen van onze onderzoeksvragen spraken we af om dit toetsen met onze promotors. Onze promotors verwezen ons door naar een PhD onderzoeker verbonden aan de VUB (mev. Kim De Nooijer) en naar de bibliothecaris van de VUB (mev Katrien Alewaeters). Met mev De Nooijer spraken we samen af via een teams overleg voor een verdere oppuntstelling van ons literatuuronderzoek. Met mevrouw Katrien Alewaeters hadden we samen email verkeer over het opstellen van zoekstrings om goede artikels te verkrijgen. Om deze zoekstrings te testen op verschillende databases nam Jasper Molenberghs, wegens zijn betere informatica skills, het voortouw. Na het toepassen van deze zoekstrings namen we samen 406 artikels door om te screenen naar goede artikels op basis van titel en abstract. Dit deden we samen en niet apart aangezien we soms een eigen visie hadden op wat een goed of slecht artikel voor inclusie zou kunnen zijn. Dit verspreid over verschillende dinsdagen aangezien het een echt monnikenwerk (406 artikels!) was.

In de tussentijd hadden we onze definitieve onderzoeksvragen opgesteld in overleg met de promotors. Zowel Jasper als ik focusten op een andere onderzoeksvraag binnen hetzelfde onderzoeksdomein waardoor we eenzelfde onderzoeksmethode hadden. Desondanks dat we beiden focusten op een andere onderzoeksvraag, hielpen we wel of gaven tips als we iets vonden over elkaars onderzoeksvraag.

Bij het uitschrijven van de inleiding, methode, onderzoeksvragen nam ik (Thomas) de leiding om het proces te coördineren. Zo gaf ik mij de taak als eindverantwoordelijke voor de inleiding en was Jasper akkoord om eindverantwoordelijke te zijn over de methode. Desondanks schreven we allebei mee aan het onderdeel waar we zelf niet eindverantwoordelijke van waren. Zo schreef ik ook mee met de methode en Jasper met de inleiding. Eveneens bij het verwerken van opmerkingen door onze promotoren, schreven we allebei in beide secties. Beide schreven we onze eigen resultatensectie uit die antwoord gaf aan onze eigen onderzoeksvraag van focus. Binnen de discussie sectie werkten we dan weer samen om al onze opmerkingen en resultaten uit te schrijven / te interpreteren.

Het verloop van het groepswerk als thesis liep met ups en downs; samenwerken vraagt op sommige momenten extra inspanning om naar elkaars visie te luisteren, elkaar goed aan te sturen, elkaar duidelijk te maken naar welk eindproduct dat je wilt werken. Af en toe moet je ook op elkaar wachten als de éne persoon al wat verder in zijn onderzoek gevorderd is en je resultaten wilt samenleggen. Ik (Thomas) was iets rapper in het uitvoeren van mijn onderzoeksvraag van focus. Desondanks heb ik nooit grote problemen ondervonden in het samenwerken met Jasper. Ik kon wederom goed gebruiken maken van Jasper zijn handige skills met de computer (oa voor het maken van een goede flowchart,…). We konden altijd open met elkaar communiceren, we waren allebei

goed bereikbaar. Samen kom je verder!

Ons werk is redelijk specifiek (namelijk telemedicine in de palliatieve zorgsector). Desondanks ben ik er van overtuigd dat dit een meerwaarde kan zijn op de werkvloer. Tijdens de covid periode (eveneens onze start van de thesis) was telemedicine een hot topic. Dit onderzoek omtrent telemedicine kan in mijn ogen een grote meerwaarde zijn voor de zorgsector. Het gaat namelijk na wat de barrières zijn voor telemedicine in de palliatieve zorgcontext. Als deze barrières goed in kaart zijn gebracht, kan je deze barrières zo goed mogelijk aanpakken om de zorg via telemedicine te verbeteren. Een goed (gestructureerd) telemedicine consult heeft veel voordelen. Zo zorgt telemedicine ervoor dat je mensen van over een groot geografisch gebied kan bereiken. Zeker in de palliatieve zorgcontext waarbij de patiënten niet goed te been zijn, is dit een grote meerwaarde. Eveneens voor de zorgverlener is telemedicine tijd efficiënt aangezien deze zich niet hoeft te verplaatsen. De covid periode heeft duidelijk gemaakt dat de zorgsector zwaar belast is en een goede tijd efficiënte zorg (oa via telemedicine) kan de zorgsector ontlasten.

12. Referentielijst

1. World Health Organization. WHO Timeline - COVID-19 [Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!
2. Cherniwchan HR. Harnessing New and Existing Virtual Platforms to Meet the Demand for Increased Inpatient Palliative Care Services During the COVID-19 Pandemic: A 5 Key Themes Literature Review of the Characteristics and Barriers of These Evolving Technologies. Am J Hosp Palliat Care. 2022;39(5):591-7.
3. Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach. World health organisation; 2021.
4. COVID-19 Data explorer [Available from: https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912-20.
6. Peeters B. Na 20 maanden COVID-19-crisis blijft chronische stress pieken bij zorg- en hulpverleners [Available from: https://www.sciensano.be/nl/pershoek/na-20-maanden-covid-19-crisis-blijft-chronische-stress-pieken-bij-zorg-en-hulpverleners.
7. Definitie palliatieve zorg [Available from: https://www.palliatieve.be/content/definitie-palliatieve-zorg.
8. Boddaert M, Douma J, Dijxhoorn F, Bijkerk M. Kwaliteitskader palliatieve zorg NL.
9. Palliatieve zorg vlaanderen [Available from: https://palliatievezorgvlaanderen.be/home/netwerken-palliatieve-zorg/overzicht-multidisciplinaire-begeleidingsequipes/.
10. Palliatieve zorgen [Available from: https://www.kanker.be/patientenhulp/palliatieve-zorgen.
11. Janneke Dujardin JS, Dieke Westerduin, Engels ABWaY. The COVID-19 pandemic: A tippingpoint for advance care planning? Experiences of general practitioners. Palliative medicine; 2021.
12. Perrone G, Zerbo S, Bilotta C, Malta G, Argo A. Telemedicine during Covid-19 pandemic: Advantage or critical issue? Med Leg J. 2020;88(2):76-7.
13. Telegeneeskunde en mHealth-toepassingen [Available from: https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Paginas/telegeneeskunde-mhealth-toepassingen.aspx.
14. LEA levenseinde app [Available from: https://www.levenseindeapp.be/home.
15. Rubió FS. Framework for the implementation of a telemedicine service2016.
16. Calton B, Shibley WP, Cohen E, Pantilat SZ, Rabow MW, O'Riordan DL, et al. Patient and Caregiver Experience with Outpatient Palliative Care Telemedicine Visits. Palliat Med Rep. 2020;1(1):339-46.
17. Worster B, Swartz K. Telemedicine and Palliative Care: an Increasing Role in Supportive Oncology. Curr Oncol Rep. 2017;19(6):37.
18. Tasneem S, Kim A, Bagheri A, Lebret J. Telemedicine Video Visits for patients receiving palliative care: A qualitative study. Am J Hosp Palliat Care. 2019;36(9):789-94.
19. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. J Pain Symptom Manage. 2020;60(1):e12-e4.
20. Flores S, Abrukin L, Jiang L, Titone L, Firew T, Lee J, et al. Novel Use of Telepalliative Care in a New York City Emergency Department During the COVID-19 Pandemic. J Emerg Med. 2020;59(5):714-6.

21. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. Int J Med Inform. 2010;79(11):736-71.
22. Definitie barrière [Available from: https://www.ensie.nl/betekenis/barriere.
23. Stockdill ML, Barnett MD, Taylor R, Dionne-Odom JN, Bakitas M. Telehealth in Palliative Care: Communication Strategies From the COVID-19 Pandemic. Clin J Oncol Nurs. 2021;25(1):17-22.
24. Webb M, Hurley SL, Gentry J, Brown M, Ayoub C. Best Practices for Using Telehealth in Hospice and Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs. 2021;23(3):277-85.
25. Chua IS, Jackson V, Kamdar M. Webside Manner during the COVID-19 Pandemic: Maintaining Human Connection during Virtual Visits. J Palliat Med. 2020;23(11):1507-9.
26. Tang M, Reddy A. Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients. Cancers. 2022;14(8).
27. Mehta AK, Smith TJ. Palliative Care for Patients with Cancer in the COVID-19 Era. JAMA Oncology. 2020;6(10):1527-8.
28. Lally K, Kematick BS, Gorman D, Tulsky J. Rapid Conversion of a Palliative Care Outpatient Clinic to Telehealth. JCO Oncol Pract. 2021;17(1):e62-e7.
29. Allen Watts K, Malone E, Dionne-Odom JN, McCammon S, Currie E, Hicks J, et al. Can you hear me now?: Improving palliative care access through telehealth. Res Nurs Health. 2021;44(1):226-37.
30. Chávarri-Guerra Y, Ramos-López WA, Covarrubias-Gómez A, Sánchez-Román S, Quiroz-Friedman P, Alcocer-Castillejos N, et al. Providing Supportive and Palliative Care Using Telemedicine for Patients with Advanced Cancer During the COVID-19 Pandemic in Mexico. Oncologist. 2021;26(3):e512-e5.
31. Silva MD, Schack EE. Outpatient Palliative Care Practice for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: Benefits and Barriers of Using Telemedicine. Am J Hosp Palliat Care. 2021;38(7):842-4.
32. Schade EC, Elkaddoum R, Kourie HR. The psychological challenges for oncological patients in times of COVID-19 pandemic: Telemedicine, a solution? Future Oncology. 2020;16(29):2265-8.
33. Kluger BM, Vaughan CL, Robinson MT, Creutzfeldt C, Subramanian I, Holloway RG. Neuropalliative care essentials for the COVID-19 crisis. Neurology. 2020;95(9):394-8.
34. Saldivar RT, Tew WP, Shahrokni A, Nelson J. Goals of care conversations and telemedicine. J Geriatr Oncol. 2021;12(7):995-9.
35. Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, Saks NT, Brown C, Barbour S, et al. Rapid implementation of inpatient telepalliative medicine consultations during COVID-19 pandemic. Journal of Pain and Symptom Management. 2020;60(1):e54-e9.
36. Agnew J, Alicehajic-Becic D, Barnett N, Crawford P, Darcy C, Jones E, et al. Optimising remote consultations for older people during COVID-19. Prescriber. 2021;32(3):9-14.
37. Grewal US, Terauchi S, Beg MS. Telehealth and Palliative Care for Patients With Cancer: Implications of the COVID-19 Pandemic. JMIR Cancer. 2020;6(2):e20288.
38. Gonçalves Júnior J, do Nascimento TGL, Pereira MMM, Moreira EB. Changes in Communicating Bad News in the Context of COVID-19: Adaptations to the SPIKES Protocol in the Context of Telemedicine. Front Psychiatry. 2020;11:599722.
39. Kuntz JG, Kavalieratos D, Esper GJ, Ogbu N, Mitchell J, Ellis CM, et al. Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic. Journal of Pain and Symptom Management. 2020;60(3):e28-e32.
40. Liu R, Sundaresan T, Reed ME, Trosman JR, Weldon CB, Kolevska T. Telehealth in Oncology during the COVID-19 Outbreak: Bringing the House Call Back Virtually. JCO Oncology Practice. 2020;16(6):289-93.
41. Powell VD, Silveira MJ. Palliative Care for Older Adults with Multimorbidity in the Time of COVID 19. J Aging Soc Policy. 2021;33(4-5):500-8.