

Patiënten in Nieuw-Zeeland tevreden over het gebruik van telegeneeskunde in de huisartspraktijk tijdens de SARS-CoV-2-pandemie en ook daarna

Referentie

Imlach F, McKinlay E, Middleton L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract* 2020;21:269. DOI: 10.1186/s12875-020-01336-1

Duiding

Jean-Paul Sculier, Institut Jules Bordet; Laboratoire de Médecine Factuelle, Faculté de Médecine, ULB

Klinische vraag

Wanneer en voor wie heeft telegeneeskunde de toegang tot de huisarts vergemakkelijkt tijdens de lockdown (1^e golf van de epidemie) en daarna? Welk soort contact hadden de patiënten met de huisarts tijdens de lockdownperiode, wat waren de positieve en negatieve ervaringen van patiënten met telegeneeskunde en hoe zouden patiënten in de toekomst telegeneeskunde willen gebruiken?

Achtergrond

De SARS-CoV-2-pandemie dwong artsen om hun praktijk aan te passen aan de barrièremaatregelen. Telegeneeskunde (e-gezondheid of e-health) werd als recent hulpmiddel in geïndustrialiseerde landen ingezet (1,2). Minerva gaf eerder al duiding bij studies die een mogelijk effect van telegeneeskunde aantonen in bepaalde zeer specifieke situaties, zoals de telefonische opvolging van patiënten met polyfarmacie door de apotheker (3,4) met technieken die toelaten om de therapietrouw te bevorderen (5) of telemonitoring van de thuisbloeddrukmeting in geval van ongecontroleerde bloeddruk (6,7). Een recente Nieuw-Zeelandse studie ging na hoe patiënten denken over het gebruik van teleconsultaties waartoe men tijdens de lockdownperiode verplicht werd.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- de rekrutering voor de online bevraging (duur 12 minuten) gebeurde digitaal via advertenties op persoonlijke en professionele socialenetwerkplatformen, alsook via informatiekanaalen van universiteiten en gezondheidsorganisaties
- de respondenten waren volwassenen (18 jaar en ouder) die tijdens de lockdownperiode contact moesten opnemen met hun huisarts; de bevraging vond plaats van 20 april tot 13 mei 2020; 1 190 respondenten startten de online bevraging, van wie er 1 010 in de uiteindelijke analyse werden meegenomen; de respondenten waren overwegend vrouwen (84,5%), vooral Europeanen uit Nieuw-Zeeland (84,5%) en minder ouderen dan verwacht (32,2% >54 jaar); 60% was werknemer en gaf aan dat covid-19 geen invloed had gehad op hun inkomen, 82% had geen financiële problemen en meer dan 80% beschouwde zichzelf als gezond
- indien bereid om deel te nemen aan het interview, konden respondenten van de bevraging hun contactgegevens verstrekken; van de 436 personen die hun contactgegevens hadden verstrekt, werden er 75 willekeurig geselecteerd, gestratificeerd naar geslacht en vervolgens per e-mail uitgenodigd voor een telefonisch interview of video-interview (duur gemiddeld 33 minuten); 41 gingen in op de uitnodiging en 38 werden geïnterviewd binnen de gestelde deadline; in vergelijking met de respondenten van de bevraging waren de respondenten voor het interview ouder en 34% (versus 24%) had geen baan of was op zoek naar werk.

Onderzoekopzet

- het onderzoek omvatte twee luiken: enerzijds het anoniem bevragen van patiëntervaringen met behulp van Qualtrics (online platform om steekproefmatig ervaringen te bevragen) aan de hand van open en gesloten vragen, en anderzijds semigestructureerde diepte-interviews bij een steekproef van respondenten die hadden deelgenomen aan de bevraging
- de bevraging peilde onder meer naar de demografische gegevens van patiënten, hun eerdere ervaringen met telegeneeskunde, hun mening over medische diensten in de eerste lijn, hun beoordeling van telegeneeskunde tijdens de lockdownperiode (voor- en nadelen) en hun wensen voor de toekomst
- de interviews waren bedoeld om dieper in te gaan op de ervaringen van patiënten met betrekking tot de toegang tot de huisarts, inclusief telegeneeskunde, tijdens de lockdownperiode, alsook om te peilen naar de voorwaarden en omstandigheden waarbinnen ze, na de lockdownperiode, gebruik zouden maken van telegeneeskunde.

Resultaten

- 1) kwantitatieve resultaten (uit de bevraging)
 - a. **Contact met de huisarts:** 86% (866) heeft tijdens de lockdown contact opgenomen met de huisarts (verschillende opties mogelijk): de raadpleging gebeurde telefonisch voor 61% (528), per video voor 5% (22) of in persoon voor 39% (337); contact werd opgenomen per telefoon (85%), via een online patiëntenportaal of website (30%), in de praktijk (26%) of per e-mail (15%); iets meer dan de helft (54%) heeft tijdens de lockdown meerdere bezoeken afgelegd; de meest voorkomende redenen om contact op te nemen met de huisarts (meerdere redenen toegestaan) waren: routine- of niet-urgente problemen (42%), met inbegrip van inentingen en medische attesten, te vernieuwen voorschriften (41%), dringend of persisterend probleem (39%), chronische gezondheidsproblemen (25%); covid-19 was een oorzaak van contact voor 10% van de respondenten.
 - b. **Ervaring met en tevredenheid over telegeneeskunde:** de respondenten met een telefonische raadpleging hadden sterk vergelijkbare sociaal-demografische kenmerken als degenen met een face-to-face raadpleging; het aantal video-consulten was te klein om een vergelijking op basis van patiëntkenmerken mogelijk te maken; de meeste consulten waren met een arts (84%); slechts 17% had ervaring met telegezondheidszorg voorafgaand aan de lockdown; consulten op afstand waren over het algemeen even duur als een gewone consultatie; de algehele tevredenheid over telegeneeskunde was hoog, met 91% voor video- en 86% voor telefonische consulten, maar was iets lager in vergelijking met gewone consultaties ter plaatse (92%).
 - c. **Belangstelling voor telegeneeskunde in de toekomst:** 80% zou in de toekomst graag telefonische consulten en 69% zou graag videoconsulten willen behouden.
- 2) kwalitatieve bevindingen (uit bevraging en interviews) grotendeels geanalyseerd met behulp van het **model van Levesque** voor toegankelijkheid van de gezondheidszorg (8).
 - a. **Approachability** (gemak): velen vonden teleconsultaties gemakkelijk op het vlak van tijd- en geldbesparing, met vermindering van stress, verplaatsingen, werkonderbrekingen en blootstelling aan infectie (met covid-19 en andere ziekteverwekkers); dit voordeel woog zeker op tegen het feit dat er geen fysiek contact of onderzoek was wanneer het gezondheidsprobleem relatief courant of bekend was en er een vertrouwensrelatie bestond met de huisarts.
 - b. **Ability to pay** (waardeperspectief): kosten kwamen niet zo vaak aan bod als de andere thema's; patiënten gaven hun duidelijke visie over de prijs-kwaliteitverhouding in functie van de tijd die ze doorbrachten met de artsen en van de geleverde diensten; ze waren bereid hetzelfde bedrag te betalen als voor een fysieke consultatie.
 - c. **Ability to engage** (deelnamemogelijkheid):

- i. **Arts-patiëntrelatie:** succesvol telegeneeskundig overleg vereiste wederzijds vertrouwen tussen de patiënt en de arts, wat gemakkelijker was als er al een bestaande relatie was.
- ii. **Technologische barrières:** technologische hinderpalen voor telegeneeskunde waren onder meer problemen met de connectie, waaronder een slechte internet- of gsm-verbinding; gebrek aan beltegoed of aan gegevens; patiënten of artsen die niet vertrouwd waren met online tools; verwarring rond online betalen; er was weinig bezorgdheid over de veiligheid en de bescherming van de privacy.
- iii. **Noodzaak om gezien te worden:** lichamelijk onderzoek wordt als essentieel beschouwd voor bepaalde gezondheidsproblemen; voor acute, nieuwe of meer complexe problemen zou dit een probleem kunnen zijn, vooral als men via de telefoon lichamelijke tekenen moet opsporen; in dat geval bieden videoconsultaties meer voordelen.
- d. **Individuele voorkeuren van de patiënt:** die voorkeuren zijn beïnvloed door persoonlijke factoren zoals vertrouwd zijn met telegeneeskunde, de wens om persoonlijk gezien te worden, het soort gezondheidsproblemen dat zich voordoet, het soort interactie, tijd- en geldbesparing met telegeneeskunde, meer stress en moeilijkheden met videoconsultaties in vergelijking met telefoonconsultaties, enzovoort; uiteindelijk wilden de patiënten het soort contact zelf kunnen kiezen.

Besluit van de auteurs

Zelfs tijdens de ontwrichtende lockdownperiode die een onverwachte en snelle uitrol van telegeneeskundige diensten door de huisarts met zich meebracht, hadden de meeste patiënten er positieve ervaringen mee. In de toekomst willen patiënten het soort consultatie kunnen kiezen dat past bij hun noden, omstandigheden en voorkeuren. De technologische problemen en financiële hinderpalen moeten weliswaar worden aangepakt, en er moet met patiënten en artsen duidelijk gecommuniceerd worden over de belangrijkste aspecten van telegeneeskunde (kosten, relevantie, vertrouwelijkheid). Het behouden van telegeneeskunde als optie na de lockdownperiode kan voor veel patiënten de snelle en veilige toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren.

Financiering van de studie

Gefinancierd door de Health Research Council of New Zealand.

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs melden geen belangenconflicten.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Bevragingen in de geneeskunde moeten een strikte methodologie op basis van vooraf gedefinieerde criteria volgen (9). Die werden door de Nieuw-Zeelandse auteurs globaal genomen gerespecteerd. De selectie van patiënten voor de studie gebeurde niet aan de hand van steekproeven in een bepaalde populatie, maar door een ‘**sneeuwbaaleffect**’ via gebruik van sociale media en informatiekanaal van universiteiten en organisaties. De deelnemers selecteerden zich dus zelf. Hetzelfde geldt voor de zorgverleners. Deze aanpak kan echter leiden tot selectie van kandidaten die telegeneeskunde gunstig gestemd zijn. Daarnaast vereiste deze aanpak bepaalde technologische uitrusting en competenties (internet, video, gsm) die niet elke patiënt heeft of beheerst. Bovendien werd deze studie uitgevoerd in een westers land in de Stille Oceaan met een eigen gezondheidszorgsysteem, waardoor de verkregen gegevens niet veralgemeend kunnen worden naar andere landen. Zo komt de problematiek van huisbezoeken niet aan de orde, alsof zorgcontacten alleen in de huisartspraktijk plaatsvinden. De context is ook heel specifiek, met name de lockdownperiode ten gevolge van de SARS-CoV-2-pandemie, een context die het gebruik van telegeneeskunde in een stroomversnelling bracht vanwege

de angst op besmetting in de wachtkamer. De populatie van respondenten is heterogeen op het vlak van telegeneeskunde: de meesten maakten gebruik van de telefoon en relatief weinig van de mogelijkheid van videoconsultatie. Opvallend is de kleinere vertegenwoordiging van oudere bevolkingsgroepen, alsook de ondervertegenwoordiging van etnische minderheden en de sterke vertegenwoordiging van vrouwen en sociaaleconomisch bevoordeelde patiënten.

Interpretatie van de resultaten

De studie stelt een significante versnelling vast in het gebruik van telegeneeskunde in de huisartspraktijk in Nieuw-Zeeland ten gevolge van de SARS-CoV-2-pandemie en dit tot algemene tevredenheid van de patiënten. Dat is ook het geval in Australië (10) en in de Verenigde Staten (11,12). Deze nieuwe praktijken verspreiden zich snel in Noord-Amerika (13) en in Europese landen (14), en geven aanleiding tot veranderingen in de huisartspraktijk. Dat geldt ook in België, vooral voor wat betreft chronische ziekten (15).

Voor ons land is het belangrijk om de grijze literatuur te raadplegen. Een intermutualistische bevraging bij patiënten in opdracht van het RIZIV resulteerde in een opbrengst van 5 404 vragenlijsten voor 5 092 unieke respondenten met een uiteindelijke responsgraad van 5,1% (5 092/100 000) (16). De meeste reacties gingen over een teleconsultatie met een huisarts (78%). We kunnen uit deze enquête met betrekking tot de huisartsgeneeskunde volgende lessen trekken:

- Bijna 3 van de 4 consultaties op afstand vervingen een vooraf geplande fysieke consultatie niet.
- De meeste consultaties op afstand vonden plaats bij de gebruikelijke zorgverlener.
- 95% van de consultaties op afstand verliep via de telefoon en slechts 5% via een videogesprek.
- De consultaties op afstand waren zeer kort: meer dan 3 op de 4 (77%) duurde minder dan 10 minuten (35% zelfs minder dan 5 minuten).
- Consultaties op afstand zijn langer wanneer de zorgverlener het initiatief daartoe neemt, wanneer een videoconsultatie wordt gebruikt en wanneer de patiënt een vrouw is. Ze zijn korter als het gaat om het verkrijgen van een attest of een voorschrift, of als de patiënt ouder is.
- Verrassend genoeg zijn consultaties op afstand voor nieuwe klachten relatief kort.
- De meeste consultaties op afstand behelsden een medicatievoorschrift (24%), een medisch attest (17%), een nieuwe klacht die niets te maken had met het coronavirus (17%), de opvolging van een chronische of bestaande ziekte (19%) of het optreden van nieuwe symptomen gerelateerd aan het coronavirus (19%).
- Ongeveer 3 op de 4 respondenten (77%) waren over het algemeen tevreden of zeer tevreden over de consultatie op afstand. Slechts een kleine minderheid was niet erg tevreden (8%) of helemaal niet tevreden (4%).
- 73% van de geïnterviewden zou in de toekomst een consultatie op afstand met hun huisarts overwegen voor een geldende reden: 86% voor een nieuw medicatievoorschrift, 76% voor een gemakkelijk en veilig contact, 74% voor een snel en dringend contact, 74% voor de opvolging van een reeds bekend gezondheidsprobleem, 67% om tijd te winnen.
- Globaal genomen vinden de deelnemers de consultaties op afstand bijzonder nuttig voor een snel advies (83%) en voor de regelmatige opvolging van chronische ziekten (81%).
- Iets meer dan de helft (56%) gaf aan dat een patiënt moet kunnen rekenen op technische ondersteuning bij een videoconsultatie. Ongeveer de helft (51%) zegt zelf een videoconsultatie te kunnen opstarten.
- Bijna 3 op de 4 respondenten maken zich geen zorgen over hun privacy.
- 65% zegt niet te weten dat de zorgverlener werd vergoed voor de consultatie op afstand. Bijna de helft was het (eerder) eens dat zorgverleners evenveel verdienen voor een consultatie op afstand als voor een fysieke consultatie.

Deze Belgische bevraging, uitgevoerd met een veel grotere steekproef dan de studie in Nieuw-Zeeland, toont aan dat de meningen van Belgische patiënten over het algemeen in dezelfde lijn liggen.

De auteurs merken op dat de weerstand of de traagheid van de gezondheidszorgsystemen en van de gezondheidswerkers (die vaak voorzichtiger zijn dan patiënten) en de technologische hinderpalen een barrière vormen voor de implementatie van telegeneeskunde. Specifieke obstakels die werden geïdentificeerd, waren: problemen met de betrouwbaarheid van netwerken/internet en apparatuur, interconnectiviteit en privacy, risico van hacking, gebrek aan opleiding van artsen om de geschikte technologie te gebruiken, gebrek aan leiderschap en ondersteunend beleid en gebrek aan financiering. Beide studies richtten zich vooral op aspecten als patiënttevredenheid en -toegankelijkheid. De vraag naar de kwaliteit van zorg, de effectiviteit en de efficiëntie van telegeneeskunde kan echter niet herleid worden tot deze kwaliteitscriteria alleen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In referentietijdschriften verschenen vooralsnog geen klinische praktijkrichtlijnen over telegeneeskunde in de huisartspraktijk. In de grijze literatuur vinden we twee interessante documenten over het onderwerp. Zo publiceerde de Haute Autorité de Santé (HAS) in Frankrijk een klinische praktijkrichtlijn die vooral de organisatorische aspecten en de veiligheid van teleconsultaties en tele-expertise behandelt, die door professionals aangenomen moeten worden om rekening te houden met kenmerken eigen aan hun beroep, medisch domein en aan de pathologie en de lokale behandelcontext van hun patiënten (17). In België publiceerde het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport over videoconsultaties bij de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening, aangevuld met aanbevelingen voor het ontwikkelen van een beleid met betrekking tot deze materie (18).

Besluit van Minerva

Deze bevraging via een online tool die peilde naar de ervaringen van patiënten over het gebruik van telegeneeskunde in de huisartspraktijk, dat door de SARS-CoV-2-pandemie in een stroomversnelling kwam, vertoont enkele methodologische beperkingen die inherent zijn aan de gekozen methodologie. Ze geeft echter aan dat patiënten tevreden zijn, vooral wanneer het gaat om bepaalde redenen zoals het vernieuwen van een geneesmiddelenvoorschrift of van een medisch attest en de opvolging van een reeds bekend gezondheidsprobleem. Nochtans zijn velen terughoudender, vooral als ze het gevoel hebben dat een lichamelijk onderzoek nodig is. Patiënten zijn het erover eens dat deze consultaties billijk vergoed worden. In de toekomst willen patiënten het type consultatie kunnen kiezen dat past bij hun noden, omstandigheden en voorkeuren.

Referenties

1. Dorsey ER, Topol EJ. State of telehealth. *N Engl J Med* 2016;375:154-61. DOI: 10.1056/NEJMra1601705
2. Télésanté en France en 2020: un point d'étape. *Prescrire* 2020;40:945-8.
3. Laekeman G. Een telefoontje van de apotheker: levensverlengend? *Minerva* 2007;6(4):63-5.
4. Wu JY, Leung WY, Chang S, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:522-7. DOI: 10.1136/bmj.38905.447118.2F
5. Laekeman G. Therapietrouw: mens en techniek. [Editoriaal] *Minerva* 2016;15(6):134-5.
6. De Cort P. Telemonitoring van thuisbloeddrukmeting bij patiënten met ongecontroleerde hypertensie. *Minerva* 2014;13(4):47-8.
7. McKinstry B, Hanley J, Wild S, et al. Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomized controlled trial. *BMJ* 2013;346:f3030. DOI: 10.1136/bmj.f3030
8. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18

9. Burns KE, Duffett M, Kho ME, et al; ACCADEMY Group. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ* 2008;179:245-52. DOI: 10.1503/cmaj.080372
10. Isautier JM, Copp T, Ayre J, et al. People's experiences and satisfaction with telehealth during the COVID-19 pandemic in Australia: cross-sectional survey study. *J Med Internet Res* 2020;22:e24531. DOI: 10.2196/24531
11. Holtz BE. Patients perceptions of telemedicine visits before and after the coronavirus disease 2019 pandemic. *Telemed J E Health* 2021;27:107-12. DOI: 10.1089/tmj.2020.0168
12. Ramaswamy A, Yu M, Drangsholt S, et al. Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic: retrospective cohort study. *J Med Internet Res* 2020;22:e20786. DOI: 10.2196/20786
13. Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, et al. Use and content of primary care office-based vs telemedicine care visits during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2021476. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21476
14. Rabuñal R, Suarez-Gil R, Golpe R, et al. Usefulness of a telemedicine tool TELEA in the management of the COVID-19 pandemic. *Telemed J E Health* 2020;26:1332-5. DOI: 10.1089/tmj.2020.0144
15. Danhieux K, Buffel V, Pairon A, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract* 2020;21:255. DOI: 10.1186/s12875-020-01326-3
16. Avalosse H, Bruyneel L, Hens E, et al. Inter mutualistische enquête. Raadplegingen op afstand. 18 septembre 2020. 2020. Url: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultatie_resultaten_rapport.pdf
17. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guide de bonnes pratiques. Haute Autorité de santé; 2019. URL: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
18. Mistiaen P, Devriese S, Pouppez C, et al. Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening. Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. Reports 328As. D/2020/10.273/01. Beschikbaar op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_328A_videoconsultatie_bij_chronische_somatische_aandoening_Synthese.pdf