



# Het gebruik van telegeneeskunde voor ademhalings- en urinewegklachten zou misschien mogelijk kunnen zijn in een gezondheidssysteem dat uitgerust is met geschikte elektronische platforms

### Referentie

Entezarjou A, Sjöbeck M, Midlöv P, et al. Health care utilization following “digi-physical” assessment compared to physical assessment for infectious symptoms in primary care. BMC Prim Care 2022;23:4. DOI: 10.1186/s12875-021-01618-2

### Duiding

Jean-Paul Sculier, Institut Jules Bordet et Laboratoire de Médecine Factuelle, Université Libre de Bruxelles  
Geen belangenconflict met het onderwerp.

## Klinische vraag

Zijn er in bij de initiële behandeling van ademhalings- en urinewegklachten in de eerste lijn verschillen in de frequentie van contacten met de zorgverleners tussen de klassieke raadpleging in de praktijk en een 'digifysieke' aanpak?

## Achtergrond

De SARS-CoV-2-pandemie heeft artsen ertoe gedwongen hun werking aan te passen om zo goed mogelijk rekening te kunnen houden met de beperkende maatregelen. Dat heeft geleid tot een toename van telegeneeskunde. Minerva duidde in dit verband een Nieuw-Zeelands online onderzoek naar de mening van patiënten over telegeneeskunde in de huisartsenpraktijk (1,2). De ervaring was positief en de patiënten willen in de toekomst de keuze hebben tussen verschillende soorten consulten die aansluiten bij hun behoeften, omstandigheden en voorkeuren. In Zweden, een pioniersland wat telegeneeskunde betreft, zijn de voorbije 20 jaar verschillende studies op dit gebied uitgevoerd. De regering moedigt dit aan met als objectief om tegen 2025 wereldleider te worden in het gebruik van digitalisering en e-gezondheidszorg (3). Daarom werd vóór de pandemie een vergelijkende studie opgezet om de 'digifysieke' behandeling van ademhalings- en urinewegklachten te beoordelen (4). 'Digifysiek' verwijst naar de behandeling van de patiënt in de eerstelijnszorg door middel van een initieel contact via een elektronisch bezoek, met dringende fysieke behandeling binnen 48 uur indien nodig.

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
  - patiënten die in de regio Skåne (de op twee na grootste provincie van Zweden) wonen en aangesloten zijn bij de eerstelijnszorgaanbieder Capio, die in mei 2017 met het eVisit-platform is overgestapt op het 'digifysieke' model
  - raadpleging met als hoofdklacht keelpijn, hoest, verkoudheid-/griepsymptomen of urinewegsymptomen, zoals gespecificeerd door vrije tekst of gedocumenteerd door een code van de International Classification of Diseases (ICD) J030 (streptokokken amygdalitis), J069 (acute infectie van de bovenste luchtwegen) of N300 (cystitis)

- initiële raadpleging (indexbezoeken) voor elke patiënt (hoofdklachten inbegrepen) daterend tussen 30 maart 2016 en 29 maart 2017 (alleen voor bezoeken aan de praktijk) of tussen 30 maart 2018 en 29 maart 2019 (voor elektronische bezoeken en bezoeken aan de praktijk) (voorafgaand aan de covid-19-pandemie)
- verplichte geïnformeerde toestemming voor alle geïncludeerde patiënten
- exclusiecriteria:
  - patiënten jonger dan 18 jaar
  - woonplaats buiten de provincie Skåne
  - mannelijke patiënten met urinewegsymptomen
  - bezoeken voor soortgelijke hoofdklachten in de afgelopen 21 dagen.

## Studieopzet

Observatiestudie met vergelijking tussen

- interventie: bezoek aan een elektronisch eVisit-platform via telefoon, tablet of computer, met een vragenlijst op basis van de hoofdklacht, gevolgd door een gestructureerd verslag dat binnen 15 minuten aan een arts wordt voorgelegd, waarna de arts een tekstbericht verstuurt over de medische beslissing: ofwel opvolging (waakzaam afwachten), ofwel 'digifysieke' zorg met een afspraak bij een arts in een eerstelijnsgezondheidszorgcentrum binnen 48 uur indien nodig
- controle: een klassiek bezoek aan de praktijk met behulp van dezelfde vragenlijst als voor de elektronische raadpleging.

## Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: aandeel patiënten met één of meer fysieke bezoeken aan een arts binnen twee weken volgend op de eerste 48 uur na het indexbezoek (aangezien 'digifysieke zorg' per definitie kan leiden tot een fysiek onderzoek binnen 48 uur na de eVisit-beoordeling)
- secundaire uitkomstmaten:
  - voor alle patiënten: aantal ambulante telefonische contacten met een verpleegkundige binnen twee weken na het indexbezoek; aandeel van extra ambulante fysieke bezoeken binnen 48 uur na het indexbezoek; plaats van het bezoek (eerstelijnszorg, buiten de raadplegingsuren, spoedafdeling of andere externe kliniek); aandeel van patiënten opgenomen in het ziekenhuis
  - voor de 'digifysieke' groep: aandeel van indexbezoeken waarbij de patiënt persoonlijke verzorging, voortzetting van de digitale zorg of fysieke opvolging werd aanbevolen (inclusief een urgent bezoek binnen 48 uur, een niet-urgent bezoek aan de eerstelijnsgezondheidszorg en verwijzing naar andere zorgverleners)

## Resultaten

- er waren 1 188 patiënten op 'digifysieke' raadpleging (776 met een ademhalingssymptoom en 412 met een urinewegsymptoom; gemiddelde leeftijd 41,3 jaar (+/-14,4); 77,8% vrouwen) en 599 op raadpleging in de praktijk (460 met een ademhalingssymptoom en 139 met een urinewegsymptoom; gemiddelde leeftijd 52,9 jaar (+/-19,0); 74,2% vrouwen)
- primaire uitkomstmaten: geen significant verschil in het aandeel bezoeken aan de praktijk vanaf de eerste 48 uur tot 2 weken volgend op het indexbezoek tussen patiënten in 'digifysieke' raadpleging en patiënten in raadpleging bij de praktijk (18,0% versus 17,6%;  $p=0,854$ ).
- secundaire uitkomstmaten:
  - aantal ambulante telefonische contacten met een verpleegkundige binnen twee weken volgend op het indexbezoek: geen significant verschil
  - aandeel extra ambulante fysieke bezoeken binnen 48 uur na het indexbezoek: groter in de digifysieke groep (16,1% versus 3,2%;  $p<0,001$ ).
  - plaats van het bezoek (eerstelijnszorg, buiten de raadplegingsuren, spoedafdeling of andere externe kliniek): niet gerapporteerd
  - aandeel patiënten opgenomen in het ziekenhuis: niet gerapporteerd

- aandeel in de digifysieke groep van indexbezoeken waarbij de patiënt persoonlijke verzorging of fysieke opvolging werd aanbevolen: 16,1% kreeg een bezoek aan de praktijk aanbevolen en 11,1% een opvolging.

### **Besluit van de auteurs**

De auteurs besluiten dat de meeste eVisit-patiënten (68,9%) met ademhalings- en urinewegklachten nadien geen fysiek bezoek afleggen. Afgezien van het onvermijdelijke deel van patiënten dat binnen 48 uur een dringend fysiek onderzoek nodig heeft, wordt er na de 'digifysieke' aanpak van ademhalings- en urinewegklachten ongeveer evenveel beroep gedaan op gezondheidszorg als na bezoeken aan de praktijk. Aanbieders van eVisit moeten wellicht het gebruik van middelen optimaliseren om het aandeel patiënten dat binnen 48 uur zowel digitaal als fysiek wordt beoordeeld, tot een minimum te beperken in het kader van het 'digifysieke' concept.

## **Bespreking**

### **Beoordeling van de methodologie**

Het gaat om een vergelijkende studie tussen een prospectief cohort van patiënten waarbij gebruik wordt gemaakt van een digitaal platform voor een 'digifysieke' benadering en een retrospectieve reeks patiënten met een raadpleging in de praktijk. In beide groepen ging het om patiënten met dezelfde soort ademhalings- of urinewegklachten. De vergelijking is historisch aangezien de patiënten in de controlegroep in een vroegere periode zijn geselecteerd. Er is geen matching. Deze methode is onderhevig aan meerdere potentiële vormen van bias, waaronder verschillen in comorbiditeit, ernst van de symptomen en eerder contact met zorgverleners. Het koppelen van urineweg- en ademhalingsklachten als reden voor raadpleging is tamelijk arbitrair, evenals de vooropgestelde termijn van 48 uur voor het analyseren van 'inhaalbezoeken' aan de praktijk. Bovendien is de steekproefgrootte niet groot genoeg om klinisch significante verschillen in latere bezoeken aan de spoeddiensten of ziekenhuisopnames te detecteren. Alle resultaten voor deze secundaire doelstellingen moeten derhalve met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De arts die de klacht op het elektronische platform beoordeelt, is niet degene die de patiënt in de spreekkamer zal onderzoeken. De 'digifysieke' werking zou misschien efficiënter kunnen worden gemaakt door de opvolging met een fysiek bezoek (wanneer dat nodig is) toe te vertrouwen aan dezelfde arts in plaats van aan een andere arts. Maar dit is niets meer dan een hypothese die onderzocht moet worden.

### **Interpretatie van de resultaten**

De resultaten die ten gunste van de 'digifysieke' benadering worden gemeld, zijn in onze praktijk niet toepasbaar. We wijzen erop dat een vereiste van het eVisit is dat de patiënt die zijn of haar klacht elektronisch verstuurt, binnen 15 minuten een antwoord van een arts moet ontvangen. Dit lijkt onbeheersbaar buiten een georganiseerde groep huisartsen of een specifieke organisatie voor eerstelijnszorg. Dit zou de ontwikkeling vereisen van een geschikte infrastructuur met een digitaal platform en een ad-hocorganisatie voor eerstelijnszorg, zoals de Zweedse overheid dat doet. Zij heeft de ontwikkeling van digitale geneeskunde in Zweden op het voorplan geplaatst. Uit de studie blijkt dat de meeste patiënten die het digitale platform gebruikten (68,9%) voor ademhalings- en urinewegsymptomen geen vervolgbezoeken aan de dokterspraktijk nodig hadden, hoewel deze bezoeken vaker voorkwamen dan wanneer de patiënt initieel in een spreekkamer was gezien. Dit voordeel, dat moet worden bevestigd door studies van betere methodologische kwaliteit, is potentieel wel interessant. De aanpak zal ook moeten worden bestudeerd voor andere, vooral ernstiger problemen. De hier beoordeelde klachten - ademhalings- en urinewegproblemen - zijn immers zeer vaak goedaardig en kennen zeer vaak een spontane gunstige evolutie.

Een ander belangrijk punt is de beoordeling van de bijdrage in termen van algemene gezondheid van een bezoek aan de praktijk. De arts bespreekt immers ook andere problemen met de patiënt tijdens een volledig klinisch onderzoek. Dit is niet het geval met het elektronische platform, waar de neiging bestaat de anamnese te herleiden tot een vragenlijst ('digi') en het eventuele onderzoek in de

spreekkamer tot een lichamelijk onderzoek ('fysiek'). Dit kan leiden tot een gesimplificeerde toepassing van de geneeskunde en de gevolgen daarvan moeten worden beoordeeld door middel van gerandomiseerde ad-hocstudies.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

Er zijn nog geen praktische richtlijnen voor telegeneeskunde in de huisartsgeneeskunde. In de grijze literatuur bestaan er enkele interessante documenten, zoals wij onlangs hebben gerapporteerd (1,2). In België heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), behalve het verslag over videoconsultatie bij de opvolging van patiënten met chronische somatische aandoeningen (5), zopas een synthese gepubliceerd over telemonitoring van covid-19-patiënten (6). Dit is echter verre van het onderwerp van de studie die hier besproken wordt.

## **Besluit van Minerva**

Deze Zweedse studie toont aan dat de meeste patiënten die gebruik maken van eerstelijnszorg via het elektronische platform eVisit (68,9%) voor ademhalings- en urinewegsymptomen daarna geen bezoek meer brengen aan de praktijk. Afgezien van het onvermijdelijke deel van de patiënten dat binnen 48 uur een dringend fysiek onderzoek nodig heeft, wordt er na de 'digifysieke' aanpak van ademhalings- en urinewegsymptomen ongeveer evenveel een beroep gedaan op gezondheidszorg als na bezoeken aan de praktijk. De resultaten van deze studie van lage methodologische kwaliteit moeten worden bevestigd door andere studies. De resultaten kunnen niet naar de Belgische context geëxtrapoleerd worden omdat ons systeem van eerstelijnszorg niet adequaat is georganiseerd voor dit soort telegeneeskunde.

### **Referenties**

1. Sculier JP. Patiënten in Nieuw-Zeeland tevreden over het gebruik van telegeneeskunde in de huisartspraktijk in Nieuw-Zeeland tijdens de SARS-CoV-2-pandemie en ook daarna. *Minerva* 2021;20(5):53-8.
2. 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
3. Ekman B, Thulesius H, Wilkens J, et al. Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *Int J Med Inform* 2019;127:134-40. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2019.04.016
4. Entezarjou A, Sjöbeck M, Midlöv P, et al. Health care utilization following “digi-physical” assessment compared to physical assessment for infectious symptoms in primary care. *BMC Prim Care* 2022;23:4. DOI: 10.1186/s12875-021-01618-2
5. 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. KCE Reports 328As. D/2020/10.273/01. Beschikbaar op: <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/all-reports/videoconsultaties-in-de-opvolging-van-patienten-met-een-chronische-somatische-aandoening>
6. Cornelis J, Van Grootven B, Irusta L, et al. Telemonitoring bij patienten met COVID-19. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 354. D/2022/10.273/25. Beschikbaar op: <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/telemonitoring-bij-patienten-met-covid-19>