Videoconsultaties in de Vlaamse eerstelijnszorg in 2024, post-covid pandemie: Mate van implementatie, gebruikspatronen en ervaringen van huisartsen.

Van Hecke Lisa, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Vansintejan, V.U.B.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

Abstract

Achtergrond: De covid-19 pandemie versnelde de adoptie van videoconsultaties in de eerstelijnszorg wereldwijd. Hoewel België in augustus 2022 nomenclatuurcodes invoerde voor videoconsultaties, blijft de mate van duurzame implementatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk onduidelijk.

Doelstelling: Deze studie evalueert de implementatiegraad van videoconsultaties in de Vlaamse huisartsenpraktijk in 2024, analyseert gebruikspatronen en ervaringen van huisartsen, en identificeert voorspellende factoren voor toekomstige adoptie.

Methodologie: Een cross-sectionele online vragenlijst werd verspreid onder Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) via verscheidene grote kanalen (Domus Medica, ICHO,..). De vragenlijst bevatte 16 vragen over gebruik, ervaringen, barrières en toekomstplannen. Statistische analyses omvatten beschrijvende statistiek, chi-kwadraattoetsen en correlatie-analyses met phi-coëfficiënten.

Resultaten: Van de 164 respondenten (81% huisartsen, 19% HAIO's) gebruikt slechts 8,5% momenteel videoconsultaties, waarvan 64% frequente gebruikers zijn (dagelijks of wekelijks). Van de huidige gebruikers zet 35,7% videoconsultaties voornamelijk in voor chronische zorg, met hogere tevredenheid voor chronische versus acute zorg. Opleidingsstatus bleek de enige significante voorspeller van toekomstige adoptie-intentie: 38,5% van de HAIO's overweegt toekomstige implementatie versus 16,1% van ervaren huisartsen ($p = 0,020$). Praktijkvorm en geografische locatie toonden geen significante associatie. De belangrijkste gerapporteerde barrières waren voorkeur voor fysieke consultaties (105 respondenten), zorgen over zorgkwaliteit (76 respondenten) en beperkte digitale vaardigheden bij patiënten (54 respondenten).

Conclusie: Ondanks positieve ervaringen bij huidige gebruikers blijft de implementatie van videoconsultaties in Vlaanderen beperkt tot 8,5% van de respondenten. De significant hogere adoptie-intentie bij HAIO's suggereert dat integratie in de huisartsenopleiding cruciaal is voor toekomstige groei. Gerichte implementatie voor chronische zorg, systematische infrastructuurondersteuning en training worden aanbevolen om videoconsultaties duurzaam te integreren als waardevolle aanvulling op de Vlaamse eerstelijnszorg.

Kernwoorden: videoconsultaties, telegeneeskunde, eerstelijnszorg, huisartsgeneeskunde, chronische zorg, implementatie, Vlaanderen

Dankwoord

Deze masterproef zou niet tot stand zijn gekomen zonder de waardevolle begeleiding en ondersteuning van verschillende personen.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Vansintejan, bedanken voor de inzichtelijke telefoongesprekken die richting hebben gegeven aan dit onderzoek en voor het kritisch meedenken doorheen het proces.

Mijn dank gaat eveneens uit naar Domus Medica en Doktr voor hun bereidwillige medewerking bij de verspreiding van de vragenlijst en voor het delen van hun expertise over videoconsultaties in de Vlaamse context.

Een bijzonder woord van dank aan alle huisartsen en huisartsen-in-opleiding die de tijd hebben genomen om deel te nemen aan dit onderzoek. Hun bijdrage vormde de basis van deze thesis.

Graag wil ik ook Dr. Eva Degraeuwe, assistent pediatrie en PhD, bedanken. Niet alleen als beste vriendin, maar ook voor haar geduld en expertise bij het wegwijs maken in de statistische mogelijkheden van Qualtrics, wat een belangrijke bijdrage leverde aan de data-analyse van dit onderzoek.

Tot slot gaat mijn dank uit naar mijn partner Jonas voor zijn geduld, begrip en bemoedigende woorden tijdens de vele uren schrijfwerk, en mijn ouders voor hun onvoorwaardelijke steun doorheen mijn hele opleiding.

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.

Inhoudsopgave

Abstract 2
Dankwoord 3
Inhoudsopgave 4

1. Inleiding 6
2. Globaal overzicht van de onderbouwing van videoconsultaties 7
   2.1 Groei en algemeen positief potentieel 7
   2.2 Beperkingen in onderzoekskwaliteit 7
   2.3 Geïdentificeerde onderzoeksthema's 8
3. Videoconsultaties in België in de eerstelijnszorg 8
   3.1 Huidige Belgische regelgeving 9
   3.2 Doktr en Baekeland Mandaat 10
4. Opstellen van de onderzoeksvraag 11
5. Doelstellingen en eindpunten 12
   5.1 Primaire doelstelling 12
   5.2 Secundaire doelstellingen 12
   5.3 Primaire eindpunten 12
   5.4 Secundaire eindpunten 12
6. Methodologie 13
   6.1 Literatuuronderzoek 13
   6.2 Studie-opzet: vragenlijsten voor huisartsen 13
   6.3 Dataverwerving 14
   6.4 Data-analyse 14
7. Resultaten 16
   7.1 Studiepopulatie en respondentenkenmerken 16
   7.2 Primaire eindpunten: implementatie van videoconsultaties 17
      7.2.1 Huidige gebruik 17
      7.2.2 Frequentie van gebruik 17
   7.3 Secundaire eindpunten 18
      7.3.1 Gebruikspatronen en doeleinden 18
      7.3.2 Tevredenheid van huisartsen 19
      7.3.3 Belemmeringen en training 20
      7.3.4 Toekomstplannen 21
   7.4 Voorspellende factoren: demografische analyses 23
      7.4.1 Chi-kwadraat resultaten 23

7.4.2 Correlatie matrix resultaten 23
8. Discussie 25
8.1 Samenvatting van de resultaten 25
8.2 Interpretatie van de resultaten en vergelijking met bestaande literatuur 25
8.3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 27
8.4 Implicaties voor praktijk, beleid en onderwijs 29
8.5 Toekomstig onderzoek 30
8.6 De toekomst van chronische zorg 31
9. Conclusie 32
10. Referenties 33
11. Bijlagen 36
11.1 Vragenlijst 36
11.2 Goedkeuring Ethische Commissie 40

1. Inleiding

In 2005 markeerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de opkomst van e-health als een significant domein binnen de gezondheidszorg. Dit gebeurde in een officieel besluit, resolutie WHA58.28, tijdens de achtenvijftigste World Health Assembly [1]. E-health verwijst naar zorgdiensten die gebruikmaken van digitale technologie, zoals e-voorschriften, telehealth en elektronische patiëntendossiers. De WHO beschouwt e-health als een cruciale factor in het bereiken van gezondheidsprioriteiten zoals de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen en de universal health coverage. E-health biedt niet alleen in de ontwikkelingslanden een potentiële oplossing voor gezondheidsproblemen, maar ook in ontwikkelde landen wordt de technologie ingeschakeld om de zorgsystemen te ondersteunen en te verbeteren. In een samenleving die kampt met vergrijzing en een toenemende vraag aan (chronische) zorg, wordt e-health gezien als een onderdeel van de oplossing [2].

Voortbouwend op deze mondiale erkenning van e-health als een integraal element binnen moderne gezondheidszorgsystemen, richt deze thesis zich specifiek op videoconsultaties als een zich ontwikkelende modaliteit binnen dit digitale gezondheidslandschap. De WHO erkent het potentieel van videoconsultaties als een belangrijk instrument binnen de bredere e-health strategie om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en de efficiëntie van zorgsystemen te verhogen [1].

De globale eerstelijnsgezondheidszorg kende een grote omwenteling tijdens de covid-19 pandemie rond de jaartallen 2020-2022. Zowel primaire wetenschappelijke literatuur als nationale onderzoeken van bijvoorbeeld mutualiteiten geven aan dat er een merkbare toename was van telegeneeskunde, zowel het gebruik van video-als telefonische consultaties [3,4]. Aanvankelijk werd dit voornamelijk gedaan uit noodzaak om patiënten te blijven zien tijdens wereldwijde lockdowns. Echter, gaandeweg is het inzicht ontstaan dat videoconsultaties een permanente rol kunnen verdienen in een toekomstgerichte eerstelijnszorg, als aanvulling op de traditionele fysieke raadplegingen. In 2022 bracht de WHO richtlijnen uit om landen te helpen telehealth (telegeneeskunde) diensten, die tijdens de pandemie vaak snel werden geïmplementeerd, op een duurzame manier in hun gezondheidszorgsystemen te integreren [5]. De verschuiving van 'noodzaak' tijdens de pandemie, waar e-health vaak de enige optie was, naar 'potentieel' in een post-pandemische context, benadrukt de duurzame waarde en de proactieve inzet van technologie om zowel acute- als chronische zorg te transformeren en te verbeteren.

In deze thesis wordt vaak gerefereerd naar onderzoek of uitspraken van grote, nationale en internationale gezondheidsorganisaties zoals WHO, Domus Medica en Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Aantonende dat telegeneeskunde een actief onderwerp is dat leeft bij de grote gezondheidsorganisaties. Niettemin, afleidend uit diverse internationale onderzoeken, lijkt het dat de integratie van videoconsultaties in de reguliere gezondheidszorg op globaal niveau, post-pandemie, nog geen uniforme realiteit is geworden [6,7]. Hier worden verschillende drempels voor omschreven, onder andere de moeilijke organisatie in de dagelijkse workflow en het ontbreken van guidelines en beleidsmatige ondersteuning.

Deze thesis beoogt een analyse te maken van de implementatie en het gebruik van videoconsultaties in de eerstelijnszorg specifiek in Vlaanderen (België), post-covid pandemie.

2. Globaal overzicht van de onderbouwing van videoconsultaties

2.1 Groei en algemeen positief potentieel

Reeds voor de covid-19 pandemie toonden systematische reviews een potentieel positief effect van videoconsultaties op de gezondheid van patiënten. Dit voedde de blijvend groeiende interesse in dit onderzoeksveld. Wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp kende een significante stijging door de abrupte toename van videoconsultaties tijdens de pandemie. Zo concludeerde de systematische review van Mold et al. (2019) reeds dat videoconsultaties in de eerstelijn de toegang tot zorg konden verbeteren en potentieel de patiënttevredenheid konden verhogen [2]. Thiyagarajan et al. (2020) belichtten in hun scoping review de diverse ervaringen van zowel patiënten als clinici met videoconsultaties in de eerste lijn, waarbij over het algemeen positieve aspecten werden gerapporteerd met betrekking tot gemak en flexibiliteit [8]. De synthese van James et al. (2021), die zich richtte op de verspreiding, opschaling en duurzaamheid van videoconsultaties, benadrukte het potentieel voor een bredere implementatie [9]. Meer recentelijk bevestigde de systematische review van Carrillo de Albornoz et al. (2022) dat videoconsultaties in de eerstelijn positieve effecten hebben op de toegang tot zorg en de patiënttevredenheid [10].

Over het algemeen suggereren deze systematische reviews een positief potentieel van videoconsultaties, niettemin is het belangrijk om de kanttekeningen en beperkingen in de huidige onderzoeksbasis in acht te nemen. Dit zal in het volgende deel worden besproken.

2.2 Beperkingen in onderzoekskwaliteit

De huidige wetenschappelijke literatuur biedt nog geen consistent beeld van de meerwaarde van videoconsultaties ten opzichte van traditionele fysieke consultaties in de eerstelijnszorg. Hoewel meerdere bevindingen suggereren dat videoconsultaties voor specifieke patiëntengroepen een vergelijkbare effectiviteit kunnen bieden [10,11], wordt de algehele evidentiebasis gekenmerkt door beperkingen in methodologie. Een aanzienlijk deel van de beschikbare studies betreft kleinschalige, observationele onderzoeken. Het aantal gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) met hoge methodologische kwaliteit blijft vooralsnog beperkt binnen dit onderzoeksveld.

De systematische review van Carrillo de Albornoz et al. (2022) onderzocht de effectiviteit van teleconsultaties in de eerstelijn en omvatte studies uit onder andere Australië, de USA, Spanje, Canada, Denemarken, Japan en Schotland. De heterogeniteit in de bevindingen over de effectiviteit van teleconsultaties in de eerstelijn wordt bevestigd in deze review [10]. De positieve effecten op toegang en tevredenheid contrasteren met beperkt bewijs voor klinische superioriteit. De systematische review van Byambasuren et al. (2023), die een vergelijking maakte tussen telefoon- en videoconsultaties, benadrukt de methodologische diversiteit en inconsistente uitkomstmaten in vergelijkende studies [12]. Deze review analyseerde observationele studies uit de USA, UK, Frankrijk, Italië en Nederland. De contextuele afhankelijkheid van zorgsystemen en -praktijken tussen landen vormt een additionele complexiteit die de externe validiteit en overdraagbaarheid van onderzoeksresultaten, bijvoorbeeld naar het Belgische model, kan beperken [13].

Bitar en Alismail (2021) trachtten de potentiële rol van ehealth tijdens de covid-19 pandemie voor chronische zorg te schetsen. Deze review includeerde studies uitgevoerd in de Verenigde Staten, West-China, Europa, Australië, Canada, Mexico en Azië. Deze review wijst eveneens op een

kennislacune met betrekking tot de langetermijneffecten en optimale integratiestrategieën binnen de reguliere zorgpaden [13].

2.3 Geïdentificeerde onderzoeksthema's

De academische wereld blijft aandacht besteden aan het verder uitdiepen en onderbouwen van dit onderzoeksveld. Een analyse van de bestaande literatuur toont een significante diversiteit aan onderzochte subdomeinen en uitkomstmaten.
Vele studies hebben zich gericht op het begrijpen van de patiënttevredenheid en de ervaringen van zowel patiënten als zorgverleners (zie bijvoorbeeld de reviews van Kaur et al., 2022 [14] en Thiyagarajan et al., 2020 [8]). Een ander belangrijk aandachtspunt is de impact op de organisatie van de zorg, waarbij toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie frequent geëvalueerd worden (zoals onder andere aangetoond in de reviews van Mold et al., 2019 [2] en Carrillo de Albornoz et al., 2022 [10]). Ook de technologische aspecten en de barrières en succesfactoren voor implementatie van videoconsultaties zijn uitgebreid onderzocht (zie bijvoorbeeld James et al., 2021 [9] en Rettinger & Kuhn, 2023 [15]). Daarnaast besteedt de literatuur aandacht aan de communicatieve dynamiek en de patiënt-arts relatie. Het gebruikspatroon, oftewel hoe, wanneer en door wie videoconsultaties in de praktijk worden ingezet (zoals besproken in Rajkumar et al., 2023 [16]), vormt een ander onderzoeksdomein. Ook de economische implicaties werden bestudeerd [25,26]. Ten slotte is het waarborgen van veiligheid en privacy een terugkerend thema binnen het onderzoek naar videoconsultaties [17].

Tevens wordt de potentie van videoconsultaties in diverse medische specialismen en binnen de geestelijke gezondheidszorg actief onderzocht. Zo tonen systematische reviews de relevantie van teleconsultaties bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen zoals PTSS, stemmings- en angststoornissen [18], alsook bijvoorbeeld bij de chronische zorg voor patiënten met inflammatoire darmaandoeningen (IBD) [19] en hoofdpijnklachten [20]. Uit deze illustraties blijkt het potentieel van videoconsultaties als een flexibel zorgmodel dat niet beperkt blijft tot de algemene eerstelijnszorg, maar ook een waardevolle en gespecialiseerde rol kan vervullen binnen diverse medische disciplines en voor specifieke patiëntengroepen.

3. Videoconsultaties in België in de eerstelijnszorg

De covid-19 pandemie zorgde ook in Belgë voor een plotse, snelle implementering van teleconsultaties in de huisartsenpraktijk. Patiënten en artsen waren genoodzaakt om zich aan te passen aan het virus. Diverse bevragingen, uitgevoerd door zowel de Belgische mutualiteiten als Domus Medica, beoogden het in kaart brengen van het gebruik van en de tevredenheid met videoconsultaties onder zowel artsen als patiënten. Deze gedwongen verschuiving van fysieke consultaties naar teleconsultaties werd door beide groepen respondenten overwegend positief geëvalueerd [3,21].

Onderzoek gepubliceerd door Domus Medica in 2021 toonde aan dat 85% van de respondent-huisartsen met actuele ervaring in het gebruik van teleconsultaties een blijvende plaats zien voor teleconsultaties in hun praktijkwerking. Een groot deel met name voor de opvolging van chronische patiënten [3].

In de bevraging van de Belgische mutualiteiten in 2020 gaf 77% van de ondervraagde patiënten aan tevreden of zeer tevreden te zijn van hun teleconsultaties. Enkele opmerkelijke vaststellingen werden gedaan in dit onderzoek. Zo zijn patiënten vaker tevreden over teleconsultaties wanneer deze gaan over bestaande chronische aandoeningen, het verkrijgen van een geneesmiddelenvoorschrift, het verkrijgen van een ziektebriefje, of het informeren naar een resultaat van een analyse, dan over SARS-CoV-2 gerelateerde klachten. Videoconsultaties haalden een hogere tevredenheid dan telefonische consultaties [21].

Beide geciteerde onderzoeken suggereren de potentiële waarde van videoconsultaties binnen het continuüm van chronische zorg.

3.1 Huidige Belgische regelgeving

De covid-19 pandemie heeft zich ondertussen gestabiliseerd, waardoor de reguliere zorg voor patiënten weer gegarandeerd kan worden. Mede door de toenemende ervaring met teleconsultaties in de afgelopen jaren, is er door de bevoegde instanties een wettelijk kader voor videoconsultaties geïntroduceerd.

De nationale raad van de Orde der artsen heeft op 18 juni 2022 deontologische richtlijnen voor teleconsultaties vastgesteld, waarin benadrukt wordt dat teleconsultaties een onmisbaar onderdeel van het huidige zorglandschap zijn geworden [22].

Vanaf 1 augustus 2022 ging een nieuw wettelijk kader voor de terugbetaling van videoconsultaties van kracht. Dit kader is, ondanks het afschaffen van de honoraria voor telefonische consultaties sinds 15 februari 2025, nog steeds van kracht tijdens de opzet en uitvoering van dit onderzoek.
In België worden videoconsultaties onbeperkt terugbetaald onder bepaalde voorwaarden. Deze worden alleen vergoed als er een bestaande behandelrelatie is tussen de arts en de patiënt, of tijdens een georganiseerde huisartsenwachtdienst. Voor specialisten geldt de vergoeding ook als de patiënt verwezen is. Een videoconsultatie moet op verzoek van de patiënt plaatsvinden en met goedkeuring van de arts. Daarnaast moet het gebruikte platform voor videoconsultaties voldoen aan strikte veiligheidsvoorwaarden, waaronder end-to-end encryptie, en mag de communicatie niet worden opgeslagen [23].

In kader van dit onderzoek werd navraag gedaan bij het RIZIV naar het aantal videoconsultaties geboekt sinds de implementatie van de nomenclatuurcodes voor videoconsultaties. Actueel beschikt het RIZIV over data geboekt van 2022 tot het einde van het eerste semester van 2024. Zie hiertoe figuur 1.

Video raadplegingen

Nomenclatuur code	type verstrekkers	2022	2023	2024S1
101673	Huisarts	85.254	213.767	98.986
101695	arts-specialist	7.710	26.508	15.548
101710	huisarts op basis van verworven rechten	150	184	135

Raadplegingen in spreekkamers.

type verstrekkers	2022	2023	2024S1
Huisarts	41.669.497	43.234.212	22.511.209
arts-specialist	31.053.268	31.418.456	16.752.733
huisarts op basis van verworven rechten	245.680	304.019	177.110

Figuur 1. Evolutie van het Aantal Geregistreerde Videoconsultaties in [Vlaanderen/België] (RIZIV-data, 2022 - H1 2024)

Gericht op de huisartsenpraktijk, indiceert een heranalyse van de bovenstaande data dat videoconsultaties in 2022 0.2% van het totale aantal consultaties vertegenwoordigden. Deze proportie steeg naar 0.5% in 2023 en bleef constant op 0.5% gedurende het eerste semester van 2024.

3.2 Doktr en Baekeland Mandaat

Domus Medica schuift zelf het videoconsultatieplatform van hun partner “Doktr” naar voren als veilig platform. Daarnaast hebben diverse andere platformen reeds hun intrede gedaan in het professionele veld.

De applicatie Doktr is sinds 2021 actief en biedt een toegankelijke en beveilige manier aan om de eigen huisarts of een andere beschikbare erkende Belgische arts te contacteren via de smartphone/desktop.
De strategische intentie van Doktr is om de standaard te worden in België voor videoconsultaties tussen gebruikers en zorgverleners, en willen uitgroeien tot een geïntegreerd platform voor hybride eerstelijnszorg. Dit platform beoogt naast videoconsultaties tevens functionaliteiten te omvatten zoals afsprakenbeheer, e-triage, e-prescriptie, telemonitoring en preventieve applicaties ten behoeve van de interactie tussen patiënt en diens zorgteam.

Een collaboratieve inspanning tussen de onderneming Doktr en het interdisciplinair expertisecentrum “Quality & Safety Ghent” binnen de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen initieerde, middels een Baekeland mandaat (bedrijfsdoctoraat), een onderzoekstraject naar de optimale meerwaarde van dit innovatieve zorgmodel van hybride zorg voor de Belgische eerstelijnsgeneeskunde.

Kort voor de aanvang van dit Baekeland Mandaat in 2023 besloot de beoogde doctoraatskandidaat zich te concentreren op een alternatief onderzoeksproject. Hierdoor bleef Doktr geconfronteerd met een reeks onbeantwoorde, doch fundamentele onderzoeksvragen die essentieel geacht worden voor de verdere ontwikkeling van videoconsultaties in Vlaanderen.

In kader van het opstellen van de onderzoeksvraag van deze HAIO-thesis werd rechtstreeks navraag gedaan bij Domus Medica en Doktr teneinde de actuele onderzoeksthema's binnen hun organisatie te identificeren die verdere exploratie behoeven.
De huidige onderzoeksfocus van Doktr richt zich op het optimaliseren van de inzet van beschikbare versus vaste huisartsen voor videoconsultaties, inclusief hun financieringsmodellen, implementatiestrategieën in verschillende zorgtrajecten en de digitale organisatie van huisartsenpraktijken, met aandacht voor de noodzaak van een paradigmaverschuiving bij zowel artsen als patiënten.

Deze HAIO-thesis zal een specifiek, doch beperkt aspect belichten van de bredere analyse die beoogd werd binnen het oorspronkelijke bedrijfsdoctoraat.

4. Opstellen van de onderzoeksvraag

Videoconsultaties inzetten in de dagelijkse werking in een huisartsenpraktijk blijft een nieuw concept in het Vlaamse Huisartsenlandschap. Hoewel initiële bevindingen van Domus Medica in 2021 suggereerden dat 85% van de huisartsen een blijvende rol voor teleconsultaties zag [3], blijft de mate waarin videoconsultaties heden ten dage effectief geïntegreerd zijn in de dagelijkse huisartsenpraktijk in Vlaanderen onduidelijk. Drie jaar na de covid-19 pandemie bestaat er een actuele noodzaak aan inzicht in het gebruik van videoconsultaties. Dit onderzoek beoogt de mate van implementatie van videoconsultaties binnen de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg te evalueren, alsook de toekomstgerichte visie van huisartsen ten aanzien van deze consultatievorm te exploreren.

Lokale partners blijven interesse tonen om dit concept, wat uiteindelijk nog in de kinderschoenen staat in België, een breder kennisvlak te geven en vorm te scheppen.
Op macrobeleidsniveau, mede in samenwerking met organisaties zoals Domus Medica, vereisen diverse aspecten verdere, systematische exploratie. Dit omvat onder meer de technische infrastructuur, financiële modellen en de methodologische integratie van videoconsultaties binnen de chronische zorg.
Indien dit HAIO-onderzoek aantoont dat een groot aandeel van het actieve huisartsenbestand videoconsultaties een toekomt wil geven, zullen diepergaande procesevaluaties in de toekomst zeker interessant zijn. Een gedetailleerde analyse van deze procesevaluaties overstijgt de beoogde reikwijdte van deze thesis.

Dit onderzoek focust zich louter op een bevragingen van huisartsen. Patiënten worden niet bevraagd.

Vergaarde informatie tijdens dit onderzoek zal ook rechtstreeks nuttig zijn Domus Medica en Doktr, waardoor onderlinge communicatie gecontinueerd wordt.

5. Doelstellingen en eindpunten

5.1 Primaire doelstelling

Het evalueren van de mate waarin videoconsultaties tussen huisartsen en patiënten geïntegreerd zijn in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen in het jaar 2024.

5.2 Secundaire doelstellingen

1. Analyseren van de doeleinden waarvoor videoconsultaties worden ingezet, met specifieke aandacht voor acute versus chronische zorg.
2. Evalueren van de tevredenheid van huisartsen met de zorgverlening via videoconsultaties, met focus op de efficiëntie en kwaliteit van zorg, gespecificeerd voor acute versus chronische zorg.
3. Identificeren van de belemmeringen voor het gebruik van videoconsultaties.
4. Onderzoeken of huisartsen zich voldoende competent achten om videoconsultaties uit te voeren en de behoefte aan additionele training of technische ondersteuning te bepalen.
5. Exploreren van de toekomstige verwachtingen van huisartsen met betrekking tot de verdere implementatie van videoconsultaties, met nadruk op chronische zorg.
6. Het exploreren van voorspellende factoren (zoals praktijktype en praktijkomgeving) voor de intentie van huidige niet-gebruikers van videoconsultaties om deze in de toekomst te adopteren.

5.3 Primaire eindpunten

1. Percentage huisartsen dat videoconsultaties hanteert in de huisartsenpraktijk.
2. Percentage huisartsen dat frequent (dagelijks of wekelijks) videoconsultaties hanteert in de huisartsenpraktijk.

5.4 Secundaire eindpunten

1. Doeleinden van videoconsultaties: Proportie van videoconsultaties ingezet voor acute versus chronische zorg.
2. Tevredenheid van huisartsen: Gemiddelde tevredenheidsscore van huisartsen met betrekking tot de via videoconsultaties geleverde zorg, met afzonderlijke aandacht voor efficiëntie en kwaliteit van zorg binnen de acute en chronische context. Proportie huisartsen die ontevreden zijn vanwege de gepercipieerde noodzaak tot een fysieke consultatie.
3. Belemmeringen voor het gebruik van videoconsultaties: Het percentage huisartsen dat belemmeringen ervaart bij het gebruik van videoconsultaties, waaronder technische problemen, voorkeuren van patiënten en implementatie-uitdagingen binnen de praktijk.
4. Competentie van huisartsen: Het percentage huisartsen dat zich voldoende competent acht om videoconsultaties uit te voeren, en het percentage dat behoefte heeft aan additionele training of technische ondersteuning.
5. Toekomstige verwachtingen: Het percentage huisartsen dat voornemens is videoconsultaties in de toekomst verder te implementeren, met specifieke aandacht voor de rol binnen de chronische zorg.

6. Voorspellende factoren voor toekomstige adoptie van videoconsultaties door huidige niet-gebruikers: Een profiel van de huisarts (op basis van demografische en praktijkkenmerken) die het meest geneigd is tot toekomstige implementatie.

6. Methodologie

6.1 Literatuuronderzoek

Aan de hand van de literatuurstudie werd de huidige evidentie omtrent videoconsultaties onderzocht. Aangezien doorheen de voorbije jaren, door de onderzoeker van deze thesis de meeste ervaring werd opgebouwd met het werken met Pubmed, werd bewust deze database gekozen voor het selecteren van de meerderheid van de artikelen.

De zoekstrategie bestond uit het toepassen van specifieke MeSH termen (Medical Subject Headings) om relevante artikelen te extraheren. De gebruikte zoekstrategie via Pubmed was: ("Physicians, Primary Care"[MeSH] OR "General Practitioners"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH] OR "Physicians, Family"[MeSH] OR "Primary Health Care"[MeSH]) AND ("Telemedicine"[Mesh] OR "Remote Consultation"[Mesh] OR “video consultation”). Enkel artikelen die gepubliceerd werden de afgelopen 10 jaar werden geïncludeerd, meerbepaald van 01/01/2014 tot en met 31/12/2024. Er werd gekozen enkel systematische reviews te weerhouden. Dit gaf 76 resultaten. De artikelen werden aanvankelijk gefilterd op basis van titel en abstract. 43 artikelen werden zo weerhouden. Na het beoordelen van de volledige teksten van de overgebleven artikelen op relevantie, werden 15 systematische reviews weerhouden, dewelke allen een vermelding hebben in deze thesis. Drie extra relevante artikelen werden weerhouden na het doorkijken van de referentielijsten en ‘cited articles’.

Er werd ook grijze literatuur via specifieke internetbronnen geraadpleegd over het onderwerp: de websites van de WHO, Domus Medica, het RIZIV, de Order der artsen en KCE werden frequent bekeken.

6.2 Studie-opzet: vragenlijsten voor huisartsen

Vanuit de literatuurstudie, en na gesprekken met Domus Medica en Doktr, werd de onderzoeksvraag geformuleerd, met primaire en secundaire doelstellingen.

Deze studie is een observationele, cross-sectionele studie onder huisartsen in Vlaanderen, waarbij gegevens verzameld worden via een gestructureerde vragenlijst, met een kwantitatief onderzoeksdesign.
Via Qualtrics XM werd een online vragenlijst opgesteld met 16 meerkeuzevragen. De vragenlijst bestaat uit 3 demografische vragen. De overige vragen peilen vooral naar gebruik, ervaring en visie. De topics uit de vragenlijst werden gebaseerd op gegevens die reeds gevonden werden via de literatuurstudie. Er werden ook enkele vragen toegevoegd die ontstaan zijn uit eigen interesse. Het invullen van de vragenlijst gebeurd volledig anoniem en vraagt slechts een kleine participatie van 10 minuten. Op elk moment kon vrijwillig gekozen worden de deelname te beëindigen.

De studiepopulatie van dit onderzoek omvat praktiserende huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) in Vlaanderen. De inclusiecriteria voor deelname aan dit onderzoek zijn als volgt gedefinieerd:

- Huisartsen die momenteel werkzaam zijn binnen eerstelijnspraktijken in Vlaanderen, ongeacht of zij actueel reeds videoconsultaties gebruiken.
- Zowel huisartsen met een actueel Globaal Medisch Dossier (GMD)-houderschap als huisartsen zonder GMD-registratie komen in aanmerking voor deelname.
- Huisartsen in opleiding (HAIO's) die actief participeren in patiëntconsultaties worden eveneens geïncludeerd in de studiepopulatie.

Er werden geen exclusiecriteria gedefinieerd aangezien hier geen noodzaak toe was.

De doelpopulatie voor deze studie bestaat uit ongeveer 6.500 actieve huisartsen in Vlaanderen in 2024. Hieruit werd een steekproefomvang berekend om, met een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutenmarge van 5%, proporties binnen deze populatie betrouwbaar te kunnen schatten. Deze steekproefomvang komt neer op 385 respondenten.

6.3 Dataverwerving

De online vragenlijst werd via verschillende media verspreid. Een oproepingsbericht tot deelname werd gepubliceerd in de nieuwsbrieven van Domus Medica (de huisartsenvereniging voor Vlaamse en Brusselse huisartsen) en het ICHO (interuniversitaire examencommissie voor HAIO’s). Er werd een lijst opgesteld van alle grote huisartsengroepen en huisartsenwachtposten met bijhorende e-mailadressen. Via een gepersonaliseerde e-mail werden al deze contactpersonen benaderd met de vraag tot het delen van de vragenlijst bij hun aangesloten huisartsen en HAIO’s. De vragenlijst bleef twee maanden open staan voor mogelijkheid tot deelname.

6.4 Data-analyse

De verzamelde data uit de online vragenlijsten werd geanalyseerd met behulp van de statische mogelijkheden in Qualtrics XM.

In de vragenlijst zijn er negen vragen voor actieve gebruikers van videoconsultaties, vijf vragen voor niet-gebruikers en drie demografische vragen dewelke elke respondent diende in te vullen.

Voor een groot deel van de resultaten werd enkel gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (absolute aantallen en percentages). Dit mede uit de erkenning dat het aantal respondenten in een groep mogelijks te klein is om een betrouwbare statistische toetsen uit te voeren.

Waar het aantal respondenten het toelaat, zullen statistische toetsen toegepast worden. Voor deze analyses zal gebruik gemaakt worden van de Chi-kwadraattoetsen bij categorische variabelen (of Fisher's Exact test bij verwachte celfrequenties < 5). Voor continue variabelen wordt de Mann-Whitney U test gebruikt om verschillen tussen groepen te toetsen. Gezien de vele ordinale schalen en de mogelijks kleine dataset, zijn non-parametrische tests vaak een veiligere en robuustere keuze. Alle statistische toetsen worden tweezijdig uitgevoerd met een significantieniveau (α) van 0,05 en waar relevant worden effectgroottes gerapporteerd.

Hoewel de hierboven genoemde analyses in eerste instantie inzicht kunnen bieden in bivariate relaties, worden hun beperkingen bij het aantonen van potentiële verstorende factoren en het benutten van de rijke, huisartsspecifieke data erkend. De Ethische Commissie adviseerde de statistische toetsing, zo mogelijk, nog een stap verder te nemen. Om meer inzicht te krijgen in de onderlinge samenhang tussen variabelen werd een correlatiematrix opgesteld met phi-coëfficiënten voor binaire variabelen. Echter, gezien de beperkte steekproefomvang en het relatief lage aantal events (gebruikers van videoconsultaties) was het niet mogelijk om een betrouwbaar multivariabel logistisch regressiemodel op te stellen dat zou controleren voor confounders. Deze beperking wordt verder besproken in de sectie "Beperkingen van het onderzoek".

Zowel de vragenlijst voor de huisartsen als de studie-opzet werd door de medische Ethische Commissie van het UZ Brussel goedgekeurd (zie bijlage 1 en 2).

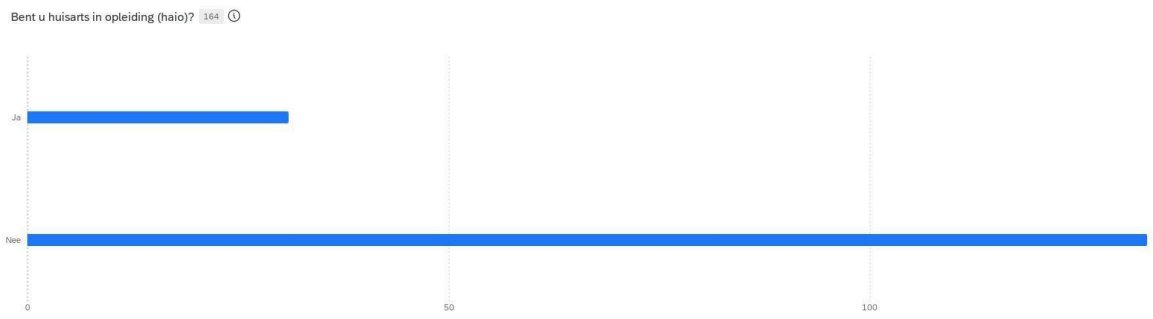
7. Resultaten

7.1 Studiepopulatie en respondentenkenmerken

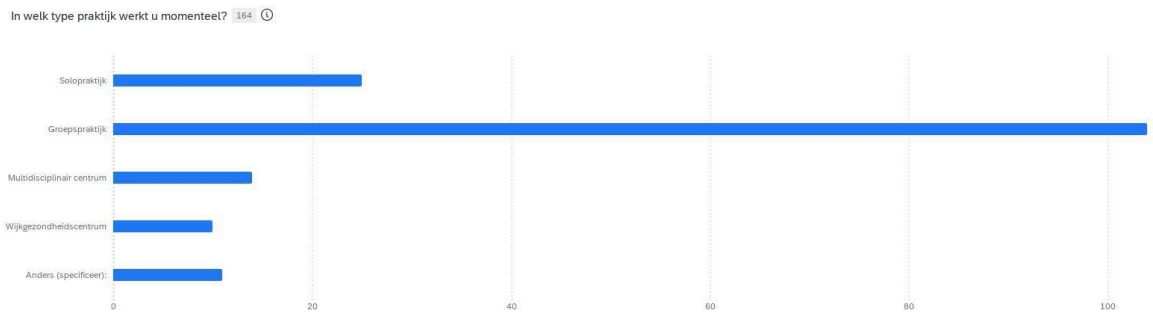
In totaal namen 164 respondenten deel aan dit onderzoek. Van de respondenten waren 133 huisartsen (81%) en 31 huisartsen in opleiding (19%).

Wat betreft het praktijktype werken de meeste respondenten in groepspraktijken (63%, n=104), gevolgd door solopraktijken (15%, n=25), multidisciplinaire centra (9%, n=14), wijkgezondheidscentra (6%, n=10), en andere praktijkvormen (7%, n=11).

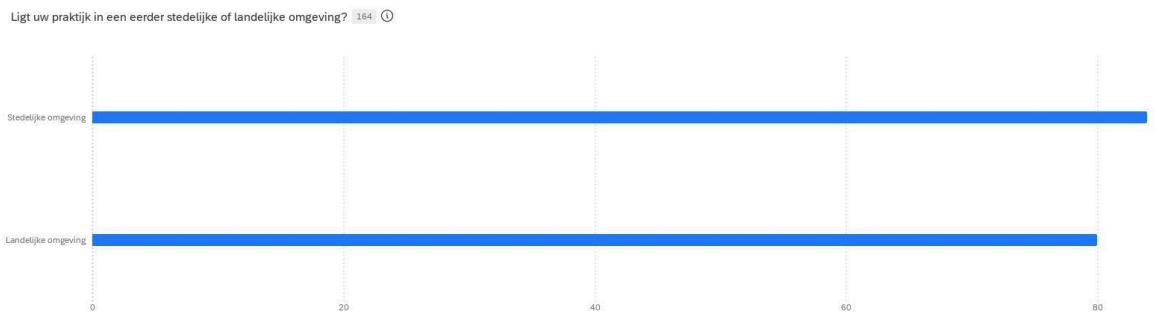
De geografische verdeling toonde 84 respondenten in stedelijke omgevingen (51%) en 80 respondenten in landelijke omgevingen (49%).



Figuur 2. Verdeling huisartsen in opleiding versus niet in opleiding (n = 164)



Figuur 3. Verdeling van respondenten naar type huisartsenpraktijk (n = 164)



Figuur 4. Verdeling stedelijke versus landelijke praktijklocaties (n = 164)

7.2 Primaire eindpunten: implementatie van videoconsultaties

7.2.1 Huidige gebruik

Van de 164 respondenten maken 14 respondenten (8.5%) momenteel gebruik van videoconsulten in hun praktijk, terwijl 150 (91.5%) deze technologie momenteel niet gebruiken.

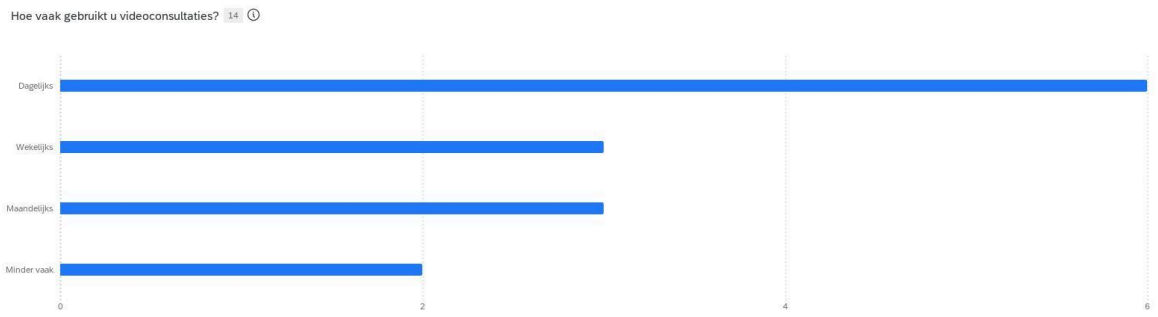


Figuur 5. Gebruik van videoconsultaties door respondenten (n = 164)

7.2.2 Frequentie van gebruik

Van de 14 huidige gebruikers vertoont de meerderheid een regelmatig gebruikspatroon. Dagelijks gebruik werd gerapporteerd door 6 artsen (42.9% van de gebruikers), wekelijks gebruik door 3 artsen (21% van de gebruikers), maandelijks gebruik door 3 artsen (21% van de gebruikers) en minder frequent gebruik door 2 artsen (14% van de gebruikers).

Wanneer dagelijks en wekelijks gebruik worden gecombineerd, kunnen 9 van de 14 huidige gebruikers (64%) worden geclassificeerd als frequente gebruikers van videoconsultatietechnologie.

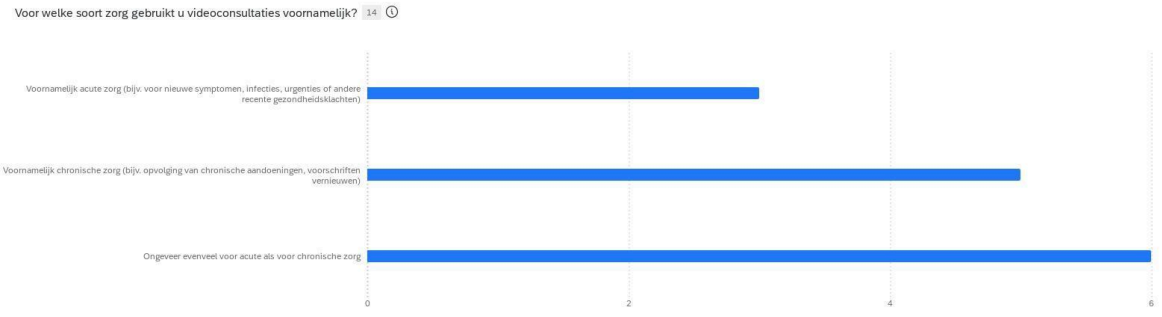


Figuur 6. Gebruiksfrequentie van videoconsultaties bij huidige gebruikers (n = 14)

7.3 Secundaire eindpunten

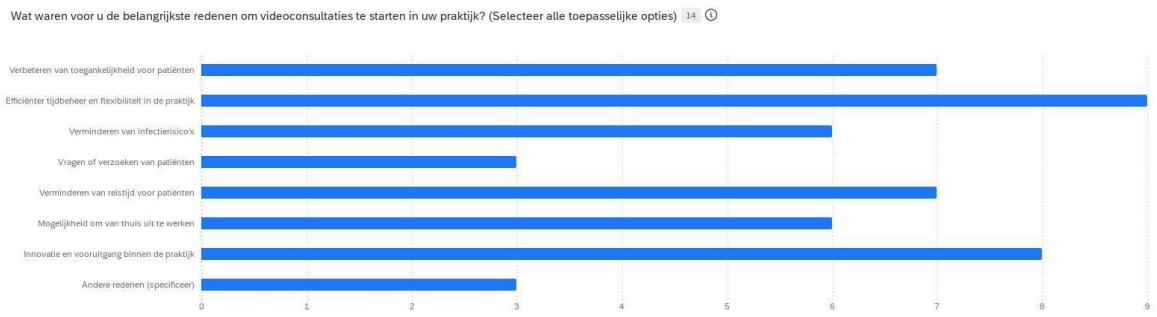
7.3.1 Gebruikspatronen en doeleinden

Van de 14 huidige gebruikers gebruikten 6 artsen (42,9%) videoconsulten in gelijke mate voor zowel acute als chronische zorg. 5 artsen (35,7%) gebruikten videoconsulten voornamelijk voor chronische zorg, terwijl 3 artsen (21,4%) zich voornamelijk uitsluiten richtten op toepassingen in de acute zorg.



Figuur 7. Type zorg waarvoor videoconsultaties worden ingezet (n = 14)

Respondenten konden meerdere redenen aanhalen voor de implementatie van videoconsulten in hun praktijk. De meest genoemde reden was “efficiënter tijdbeheer en flexibiliteit in de praktijk”, genoemd door 9 artsen. Het “verbeteren van de toegankelijkheid voor patiënten” en het “verminderen van de reistijd van patiënten” werden elk door 7 artsen genoemd. 6 artsen noemden het “verminderen van infectierisico's”, het mogelijk maken van “werken op afstand” en “het stimuleren van praktijkinnovatie” als motiverende factoren. 3 artsen noemden “verzoeken van patiënten” als reden voor de implementatie.

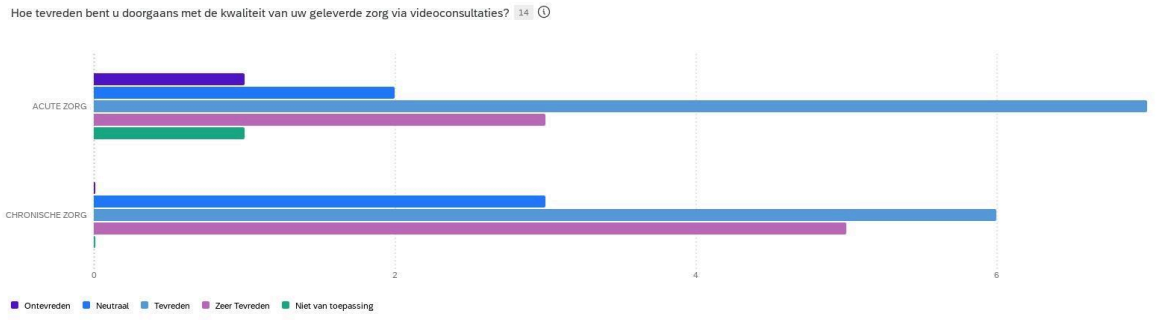


Figuur 8. Redenen om videoconsultaties te starten in de praktijk (n = 14)

7.3.2 Tevredenheid van huisartsen

Voor acute zorg via videoconsultatie rapporteerde de meerderheid van de respondenten een positieve tevredenheid: 7 artsen waren tevreden en 3 zeer tevreden, terwijl 2 artsen neutraal bleven en 1 arts ontevreden was. Eén respondent gaf aan dat dit niet van toepassing was op hun praktijk.

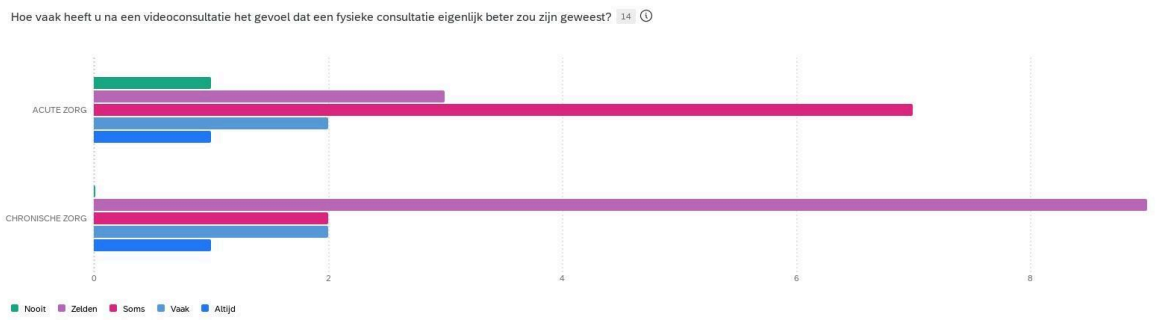
Voor chronische zorg was de tevredenheid vergelijkbaar hoog: 6 artsen waren tevreden en 5 zeer tevreden. Drie respondenten bleven neutraal, terwijl niemand ontevreden was.



Figuur 9. Beoordeling kwaliteit van zorg via videoconsultaties voor acute en chronische zorg (n = 14)

Wat betreft de frequentie van het gevoel dat een fysiek consult beter zou zijn geweest, verschilden de antwoorden per zorgtype.
Voor acute zorg gaven respondenten het vaakst aan zich "soms" zo te voelen (7 artsen), terwijl 3 artsen "zelden", 2 artsen "vaak" en 1 arts "nooit" en "altijd" aangaven.
Voor chronische zorg was het patroon gunstiger voor videoconsulten: 9 respondenten vonden "zelden" dat een fysiek consult beter zou zijn, terwijl 2 respondenten respectievelijk "soms" en

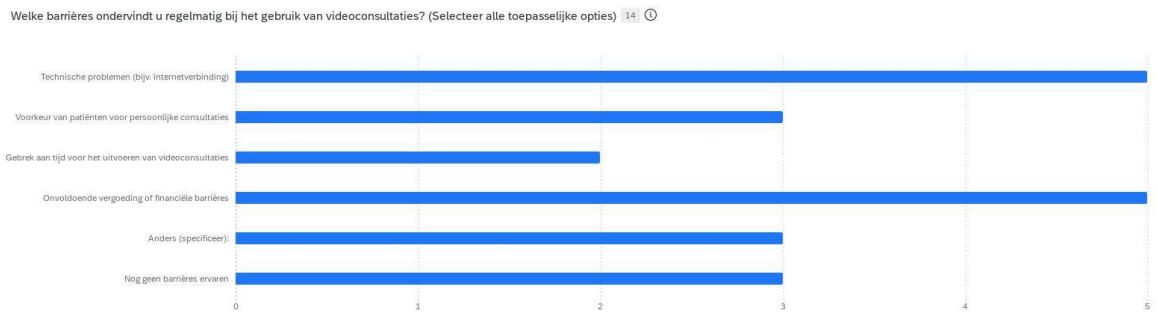
"vaak" en 1 arts "altijd" aangaven. Geen enkele arts gaf aan zich "nooit" zo te voelen voor chronische zorg.



Figuur 10. Frequentie van de wens voor aanvullende fysieke consultatie na videoconsultatie voor acute en chronische zorg (n = 14)

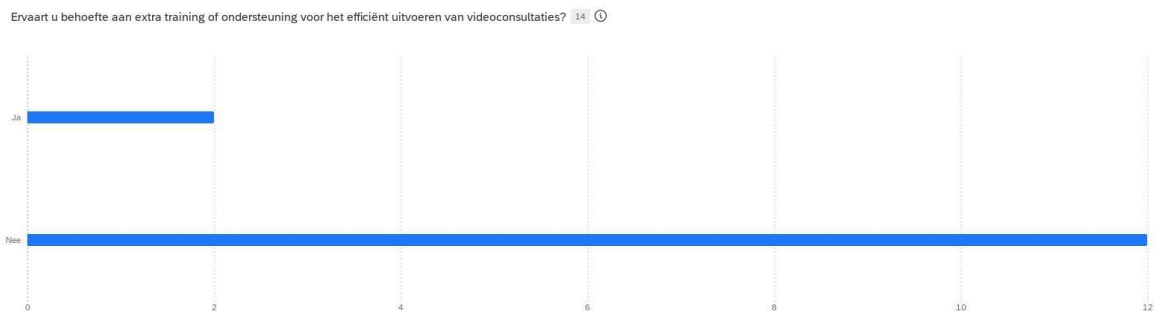
7.3.3 Belemmeringen en training

Huidige gebruikers werden gevraagd om belemmeringen te benoemen die ze tegenkwamen tijdens de implementatie van videoconsulten, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. 5 respondenten meldden “technische problemen (waaronder problemen met de internetverbinding)” en “onvoldoende vergoeding of financiële belemmeringen”. 3 respondenten gaven aan dat “patiënten een voorkeur hadden voor een consult in persoon”. 2 respondenten noemden een “gebrek aan tijd voor videoconsulten”. 3 noemden “andere, niet nader gespecificeerde belemmeringen”. 3 respondenten gaven aan nog “geen belemmeringen” te hebben ervaren.



Figuur 11. Ervaren barrières bij regelmatig gebruik van videoconsultaties door huidige gebruikers (n = 14)

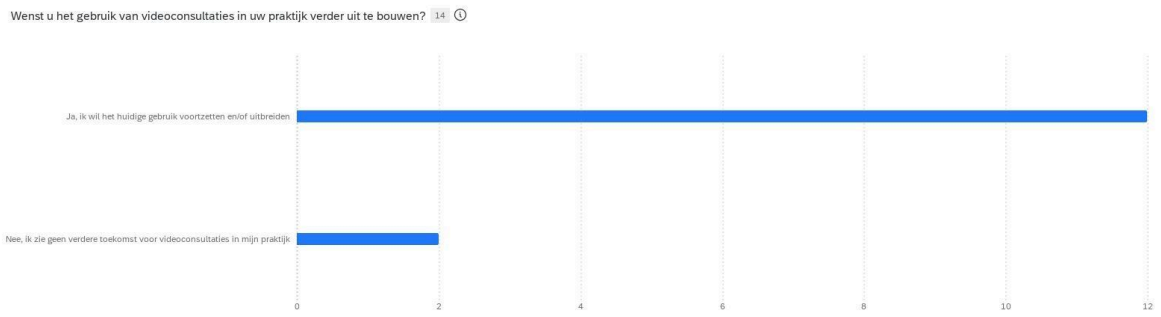
Wat betreft aanvullende training of ondersteuning voor het efficiënt aanbieden van videoconsultaties, gaven 2 van de 14 huidige gebruikers aan behoefte te hebben aan aanvullende training, terwijl 12 aangaven geen aanvullende ondersteuning nodig te hebben.



Figuur 12. Behoefte aan extra training of ondersteuning voor videoconsultaties (n = 14)

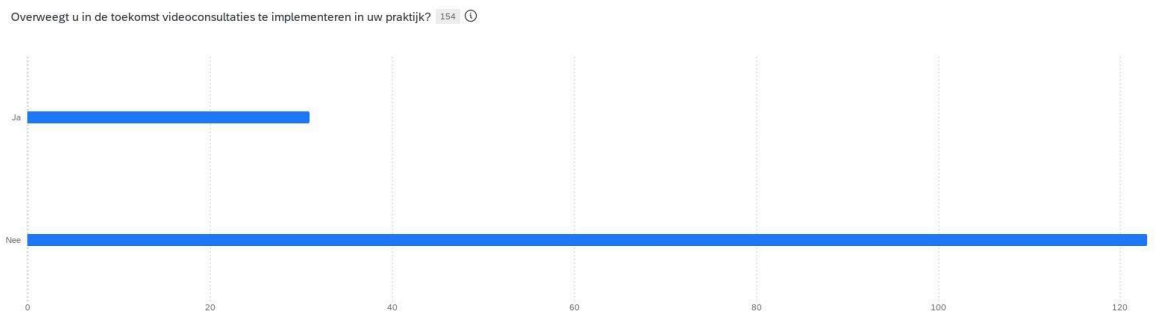
7.3.4 Toekomstplannen

Gevraagd naar toekomstig gebruik van videoconsulten, gaven 12 van de 14 huidige gebruikers (85,7%) aan van plan te zijn hun huidige gebruik voort te zetten en/of uit te breiden. Slechts 2 huidige gebruikers (14,3%) gaven aan geen verdere toekomst te zien voor videoconsulten in hun praktijk.



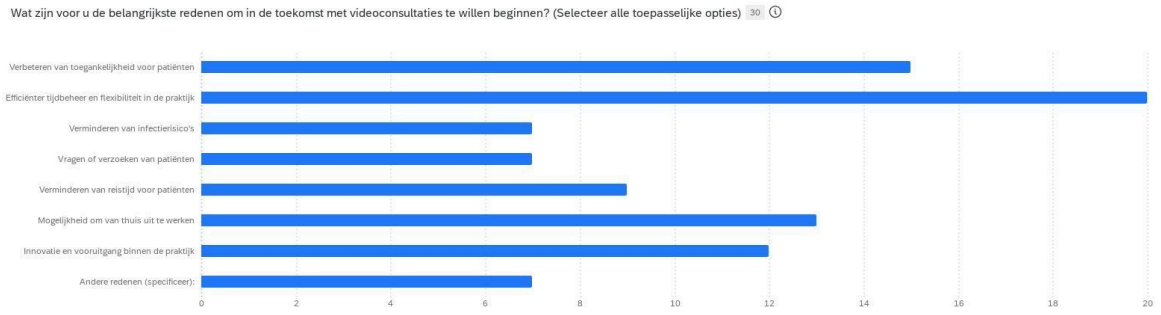
Figuur 13. Intentie om videoconsultaties verder uit te bouwen in de praktijk (n = 14)

Van de 150 niet-gebruikers overweegt 30 artsen (20%) om in de toekomst videoconsultaties te implementeren, terwijl 120 (80%) dit niet overweegt.



Figuur 14. Overwegingen om videoconsultaties te implementeren bij niet-gebruikers (n = 154)

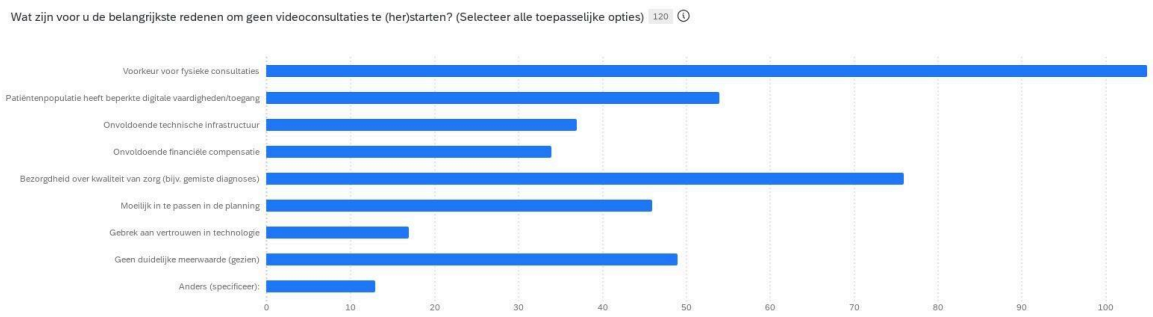
Onder de 30 respondenten die toekomstige implementatie overwogen, werden meerdere motivaties genoemd. De meest genoemde redenen waren “efficiënter tijdbeheer en flexibiliteit in de praktijk” (20 respondenten) en een “betere bereikbaarheid voor patiënten” (15 respondenten). 13 respondenten noemden “het mogelijk maken van werken op afstand”, terwijl 12 respondenten het “stimuleren van praktijkinnovatie” noemden. 9 respondenten noemden het “verminderen van de reistijd van patiënten”, en 7 respondenten noemden zowel het “verminderen van infectierisico's” als “het reageren op patiëntverzoeken”.



Figuur 15. Redenen om in de toekomst met videoconsultaties te willen beginnen (n = 30)

De 120 respondenten die geen videoconsultatie overwegen voor de toekomst, noemden verschillende redenen voor deze beslissing. De “voorkeur voor fysieke consulten” was de meest voorkomende reden (105 respondenten), gevolgd door “zorgen over de kwaliteit van de zorg”, waaronder mogelijk gemiste diagnoses (76 respondenten). “Beperkte digitale vaardigheden of toegang onder de patiëntenpopulatie” werd door 54 respondenten genoemd, terwijl 49 respondenten “geen duidelijke meerwaarde zagen”. “Moeilijkheden bij de integratie in de praktijkplanning” werden door 46 respondenten genoemd, “onvoldoende technische infrastructuur” door 37 en “ontoereikende financiële compensatie” door 34. “Gebrek aan vertrouwen in

technologie” werd door 17 respondenten genoemd en 13 respondenten noemden “andere, niet nader gespecificeerde redenen”.



Figuur 16. Belangrijkste barrières voor het (niet) implementeren of herstarten van videoconsultaties (n = 120)

7.4 Voorspellende factoren: demografische analyses

7.4.1 Chi-kwadraat resultaten

Chi-kwadraatanalyses werden uitgevoerd om de associaties te onderzoeken tussen demografische kenmerken en toekomstige adoptie-intenties onder de 150 huidige niet-gebruikers.

De HAIO-status toont een significante associatie met de overweging van toekomstige implementatie van videoconsulten ($p = 0,020$). Van de HAIO's die momenteel geen videoconsulten gebruiken, overweegt 10 van de 26 (38,5%) toekomstige implementatie, vergeleken met 20 van de 124 ervaren huisartsen (16,1%).

Er werd geen significant verband gevonden tussen het type praktijk ($p = 0,268$) en de locatie van de praktijk ($p = 0,596$) en toekomstige adoptieplannen van videoconsultaties.

7.4.2 Correlatie matrix resultaten

Correlatieanalyse met behulp van phi-coëfficiënten (φ) onderzocht de sterkte van de associaties tussen demografische gegevens van respondenten en de intentie om videoconsulten te gebruiken onder de 150 huidige niet-gebruikers.

De primaire bevinding toont een matige positieve correlatie tussen de status van ervaren huisarts (tegenover huisarts-in-opleiding) en de afwezigheid van toekomstige implementatieplannen ($\varphi = +0,21$).

Andere demografische variabelen vertoonden zwakke tot verwaarloosbare correlaties met toekomstige implementatieplannen: type praktijk (φ = +0,12) en locatie van de praktijk (φ = -0,06).

Over het geheel genomen vertoonden demografische en praktijkkenmerken beperkte correlatie met de intentie om over te gaan op videoconsulten. De sterkste associatie werd gevonden voor opleidingsstatus (φ = +0,21), waarbij ervaren huisartsen vaker geen toekomstige implementatieplannen rapporteerden dan HAIO's.

8. Discussie

8.1 Samenvatting van de resultaten

Dit onderzoek toont een opmerkelijk lage implementatiegraad van videoconsultaties in de Vlaamse huisartsenpraktijk: slechts 8,5% (n=14) van de 164 respondenten gebruikt momenteel videoconsultaties. Van deze gebruikers werkt 64% frequent met deze technologie (dagelijks of wekelijks), wat wijst op substantieel gebruik binnen de groep gebruikers.

De analyse van gebruikspatronen onthult dat videoconsultaties voornamelijk worden ingezet voor chronische zorg (35,7% van gebruikers), gevolgd door gelijk gebruik voor acute en chronische zorg (42,9%) en louter acute zorg (21,4%). Huisartsen rapporteren een hogere tevredenheid en lagere behoefte aan fysieke follow-up voor chronische versus acute aandoeningen, wat de geschiktheid van videoconsultaties voor chronische zorg onderstreept. De belangrijkste motivaties voor implementatie waren efficiënter tijdsbeheer (9 respondenten), verbeterde toegankelijkheid voor patiënten (7 respondenten) en reductie van reistijd (7 respondenten).

Onder niet-gebruikers overweegt 20% (n=30) toekomstige implementatie, terwijl 80% (n=120) dit niet plant. De meest gerapporteerde barrières zijn voorkeur voor fysieke consultaties (105 respondenten), zorgen over zorgkwaliteit inclusief gemiste diagnoses (76 respondenten), en beperkte digitale vaardigheden bij patiënten (54 respondenten). Technische problemen (37 respondenten) en ontoereikende financiële compensatie (34 respondenten) werden eveneens frequent genoemd.

De meest significante bevinding betreft opleidingsstatus als voorspeller van adoptie-intentie. Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) tonen een substantieel hogere bereidheid tot toekomstige implementatie (38,5%, n=10/26) vergeleken met ervaren huisartsen (16,1%, n=20/124), een statistisch significant verschil (p=0,020). Correlatie-analyse bevestigt een matige positieve associatie tussen ervaren huisartsstatus en afwezigheid van implementatieplannen (φ=+0,21). Praktijkvorm (p=0,268, φ=+0,12) en geografische locatie (p=0,596, φ=-0,06) vertoonden geen significante associatie met adoptie-intentie, wat suggereert dat barrières primair individueel en opleidingsgerelateerd zijn in plaats van structureel of contextueel.

8.2 Interpretatie van de resultaten en vergelijking met bestaande literatuur

In dit deel wordt dieper ingegaan op de afgeleide betekenis van de resultaten van het onderzoek. Deze conclusies worden dan vergeleken met zowel de bredere wetenschappelijke als de lokale context om een alomvattend inzicht te bieden in videoconsultaties in de Vlaamse eerstelijnszorg.

<u>Beperkte implementatie ondanks door pandemie veroorzaakte toename van telegeneeskunde</u>

De opmerkelijk lage implementatiegraad van 8,5% voor videoconsultaties onder de ondervraagde huisartsen in 2024 is een opvallende bevinding, vooral gezien de aanzienlijke toename van telegeneeskunde tijdens de covid-19-pandemie tussen 2020 en 2022. Nationale peilingen uitgevoerd door Belgische mutualiteiten en Domus Medica in deze periode (2020-2021) rapporteerden over het algemeen positieve beoordelingen van teleconsultaties door zowel artsen als patiënten [3]. Opvallend is dat het onderzoek van Domus Medica uit 2021 aangaf dat 85% van de responderende huisartsen met eerdere ervaring een blijvende rol voor teleconsultaties in hun praktijk zag. De bevindingen van dit huidige onderzoek, dat peilde naar het gebruik van videoconsultaties in het jaar

2024, suggereren daarom een aanzienlijke discrepantie tussen dit eerder waargenomen potentieel en de daadwerkelijke integratie van videoconsultaties in het postpandemische tijdperk in Vlaanderen.

Deze bevinding komt overeen met internationale observaties, zoals in 2023 reeds gepubliceerd in de "Low Adoption of Video Consultations in Post-covid-19 General Practice in Northern Europe" [6]. Bovendien benadrukt een recent scopingonderzoek uit 2024 naar het gebruik in Europa opnieuw vergelijkbare trends en uitdagingen vanuit zowel het perspectief van de patiënt als van de zorgverlener [24]. Hiermee wordt erkent dat de integratie van videoconsultaties in de dagdagelijkse gezondheidszorg na de pandemie zeker geen uniforme realiteit is geworden op wereldwijd niveau. Hoewel tijdens de pandemie videoconsultaties vaak de enige optie voor patiëntencontact was, lijkt de overgang van deze 'noodzaak' naar het realiseren van het 'potentieel' van videoconsultaties in de gezondheidszorg in een postpandemische context ook in Vlaanderen traag te verlopen. De verschillende barrières die in deze studie zijn geïdentificeerd, zoals de “de idee van voorkeur van patiënten voor fysieke consulten”, “zorgen over de kwaliteit van de zorg”, “technische problemen” en “onvoldoende vergoeding”, dragen waarschijnlijk aanzienlijk bij aan deze beperkte implementatie.

Hogere implementatie-intentie bij huisartsen in opleiding (HAIO's)

Een belangrijke en unieke bevinding in deze thesis is de bevinding dat huisartsen in opleiding (HAIO's) die momenteel geen videoconsulten gebruiken, significant meer geneigd zijn tot toekomstige implementatie (38,5%) in vergelijking met ervaren huisartsen (16,1%). Dit suggereert een mogelijke generatiekloof, waarbij jongere, meer digitaal vaardige professionals zich meer op hun gemak voelen en openstaan voor de integratie van technologie in hun klinische praktijk. Deze bevinding impliceert een potentiële mentaliteitsverandering onder de toekomstige generatie artsen. Deze bevinding suggereert dat naarmate deze HAIO's overgaan in ervaren huisartsen, de algehele implementatiegraad van videoconsulten in de loop der tijd geleidelijk zou kunnen toenemen. Deze observatie onderstreept dan ook het belang van medisch onderwijs bij het actief bevorderen van het kennisveld en de succesvolle integratie van e-healthtools.

Geschiktheid van videoconsultaties voor chronische zorg

In dit onderzoek maakte 35,7% van de huidige gebruikers van videoconsultaties in Vlaanderen er voornamelijk uitsluitend gebruik van voor chronische zorg. Huisartsen rapporteerden een hogere tevredenheid en een lagere ervaren behoefte aan een fysieke consultatie voor chronische aandoeningen in vergelijking met acute zorg. Deze bevinding, die wijst op een over het algemeen positieve tevredenheid maar een grotere ervaren geschiktheid voor chronische zorg (zoals blijkt uit de minder frequente behoefte aan persoonlijke follow-ups), bevestigt sterk de bestaande literatuur die de waarde van videoconsultaties bij de behandeling van chronische aandoeningen benadrukt.

De geschiktheid van videoconsultaties voor chronische zorg wordt breed ondersteund door zowel de bevindingen in dit onderzoek alsook door internationale literatuur.

Systematische reviews, zoals die van Mistiaen et al. (2020) [11], suggereren dat videoconsultaties vergelijkbare effectiviteit kunnen bieden voor specifieke patiëntengroepen bij de opvolging van chronische somatische aandoeningen. Bitar en Alismail (2021) benadrukten eveneens de rol van telegeneeskunde voor chronische zorgpatiënten tijdens de covid-19 pandemie [13].

Verder bewijs uit systematische reviews toont de relevantie van teleconsultaties in verschillende specialismen aan voor aandoeningen zoals de opvolging van psychiatrische stoornissen [18], inflammatoire darmziekten [19], de behandeling van hypertensie [20],… Deze gezamenlijke

bevindingen bevestigen de waarde van videoconsulten voor de behandeling van chronische aandoeningen.

Deze nadruk wordt ondersteund door de WHO die e-health, waarvan videoconsultaties een onderdeel van zijn, als cruciaal beschouwt voor chronische zorgverlening in vergrijzende samenlevingen [1]. Dit suggereert dat strategische inspanningen om videoconsulten te promoten prioriteit moeten geven aan chronische zorg, waar hun geschiktheid nog hoger wordt beschouwd. Deze bevindingen bevestigen chronische zorg als het optimale toepassingsgebied voor videoconsultatie-implementatie in de Vlaamse eerstelijnszorg.

Consistentie van barrières met bestaand onderzoek

De drie meest genoemde barrières die de respondenten in dit onderzoek rapporteerden, sluiten nauw aan bij de geïdentificeerde onderzoeksthema's en specifieke barrières die in de bredere internationale literatuur worden beschreven, zoals uitgebreid te lezen in sectie 2.3 van deze thesis. Specifiek voor niet-gebruikers waren dit “de voorkeur voor fysieke consultaties” (105 respondenten), “bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg” (76 respondenten, inclusief potentieel gemiste diagnoses), en “beperkte digitale vaardigheden of toegang onder de patiëntenpopulatie” (54 respondenten).

Verder benadrukken internationale studies regelmatig de uitdagingen bij het organiseren van videoconsultaties binnen de dagelijkse workflow, een gebrek aan duidelijke richtlijnen en beleidsondersteuning, diverse technologische aspecten en zorgen over beveiliging en privacy als belangrijke obstakels voor de implementatie [9]. De huidige bevindingen bevestigen deze wijdverspreide uitdagingen op lokaal niveau, wat aangeeft dat deze niet uniek zijn voor Vlaanderen, maar systemische uitdagingen blijven vertegenwoordigen bij de bredere implementatie en integratie van telegeneeskunde.

8.3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Sterke punten van het onderzoek

Dit onderzoek vertoont verschillende belangrijke sterke punten die de relevantie en fundamentele waarde van de bevindingen vergroten:

• Actuele en lokaal relevante focus

Het onderzoek richt zich op een kennislacune met betrekking tot de implementatie van videoconsultaties, specifiek in Vlaanderen in het post-pandemische tijdperk. Het biedt actuele inzichten in een snel evoluerend gebied van de gezondheidszorg.

• Uitgebreide methodologie

Deze thesis combineert een grondige literatuurstudie met een observationele, cross-sectionele bevraging onder huisartsen in Vlaanderen, met behulp van een kwantitatief onderzoeksontwerp.

• Sterke betrokkenheid van verschillende actoren

De formulering van de onderzoeksvraag werd ontwikkeld in overleg met belangrijke organisaties zoals Domus Medica en Doktr. Bovendien werd de vragenlijst verspreid via hun gevestigde kanalen,

wat de relevantie en potentiële impact van de bevindingen vergroot, aangezien deze resultaten direct nuttig zijn voor deze actoren.

• Inclusie van HAIO's als aparte responsgroep

De specifieke inclusie van huisartsen in opleiding (HAIO's) als aparte groep binnen de onderzoekspopulatie bleek een significante sterkte. Dit leidde tot een kritische en inzichtelijke bevinding over hun significant hogere intentie om videoconsulten te gebruiken in vergelijking met ervaren huisartsen.

Beperkingen van het onderzoek

Ondanks de sterke punten kent het onderzoek ook verschillende beperkingen die van invloed zijn op de generaliseerbaarheid en diepgang van de conclusies:

• Steekproefgrootte en representativiteit

De belangrijkste beperking is de steekproefomvang; slechts 164 huisartsen namen deel, wat bemerkelijk lager is dan de beoogde steekproef van 385 respondenten die vereist is voor een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutmarge van 5%. Bij slechts 164 deelnemers loopt de foutmarge echter op tot ongeveer 7,65%, mits het betrouwbaarheidsniveau van 95% wordt gehandhaafd. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de gehele populatie van actieve Vlaamse huisartsen.

• Observationeel en cross-sectioneel ontwerp

Als observationeel, cross-sectioneel onderzoek kan het verbanden identificeren, maar geen causale verbanden concluseren. Het ontwerp biedt een momentopname in plaats van effecten of veranderingen over een langere periode te volgen.

• Uitsluitend huisartsperspectief

In dit onderzoek werden alleen huisartsen ondervraagd, waardoor het interessante perspectief van patiënten buiten beschouwing bleef. Het ontbreken van het patiëntenperspectief maakt het moeilijker om te bepalen of de door huisartsen waargenomen voordelen of barrières daadwerkelijk aansluiten bij de behoeften en ervaringen van patiënten. Dit is echter buiten beschouwing van deze thesis.

• Potentiële responsbias

Er is de mogelijkheid van responsbias, waarbij huisartsen die al een sterke mening hebben over videoconsulten, zijnde positief of negatief, mogelijks eerder geneigd waren om deel te nemen. Dit zou de resultaten kunnen vertekenen, wat kan leiden tot een over -of onderschatting van bepaalde percepties binnen de bredere huisartsenpopulatie.

• Statistische beperkingen

Vanwege het kleine aantal respondenten in bepaalde groepen is een groot deel van de analyse gebaseerd op beschrijvende statistieken. Hoewel inferentiële statistieken waar mogelijk werden gepland, bijvoorbeeld meerdere chi-kwadraattoetsen en een logistieke regressie, beperkte de dataset de diepgang en betrouwbaarheid van deze geavanceerde analyses.

• Afwezigheid van leeftijdsgegevens

Een verdere beperking van deze studie is de afwezigheid van specifieke leeftijdsgegevens van de respondenten. Hoewel de significante bevinding met betrekking tot HAIO's een potentieel generatieverschil in implementatie-intentie suggereert, belemmerde het ontbreken van expliciete leeftijdsdemografie een meer genuanceerde exploratie van leeftijdsgerelateerde factoren. Het beschikken over deze gegevens zou robuustere statistische analyses mogelijk hebben gemaakt, waardoor voor leeftijd had kunnen gecontroleerd worden als een potentiële confounder bij het onderzoeken van andere variabelen die verband houden met de implementatie van videoconsultaties.

8.4 Implicaties voor praktijk, beleid en onderwijs

De resultaten en bedenkingen van deze studie bieden verschillende belangrijke implicaties voor verscheidene belanghebbenden die betrokken zijn bij de integratie en toekomstige ontwikkeling van videoconsultaties binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. Deze implicaties hebben betrekking op de huisartsenpraktijken, beleidsvorming en de medische opleiding van huisartsen.

Voor de huisartsenpraktijk

Voor huisartsenpraktijken die videoconsultaties willen implementeren, is het allereerst van belang om de huidige lage implementatiegraad van 8,5% te erkennen. Dit impliceert namelijk dat deze consultatievorm voor veel patiënten waarschijnlijk nog nieuw is. Het is dan ook raadzaam om goed geïnformeerd te zijn over de specifieke barrières voor het gebruik en de implementatie ervan.

Een gerichte aanpak voor de implementatie van videoconsultaties, met een toenemende focus op chronische zorg, wordt beschouwd als de meest veelbelovende strategie.

Voor beleidsmakers

Hoewel deontologische richtlijnen en het huidige wettelijke kader voor terugbetaling, van kracht sinds augustus 2022, bestaan, hebben ze de implementatie van videoconsultaties in de Vlaamse eerstelijnszorg nog niet significant gestimuleerd. Er is een beschreven behoefte aan verdere evaluatie en mogelijke aanpassing van het huidige beleid om videoconsulten aantrekkelijker en haalbaarder te maken voor huisartsen. Organisaties zoals Domus Medica en het RIZIV zouden zich kunnen richten op het actief wegnemen van de geïdentificeerde barrières, met name in het bijzonder de zorgen over de kwaliteit van de zorg en het inspelen op de idee dat patiënten de voorkeur hebben voor fysieke consulten. Dit zou kunnen worden bereikt door middel van evidence-based richtlijnen voor gepast gebruik, voorlichtingscampagnes om patiënten te informeren over de voordelen en het geschikte gebruik van videoconsulten, en duidelijke communicatie over de veilige toepassing ervan. Het aanpakken van gemeenschappelijke uitdagingen zoals technische ondersteuning en financiële belemmeringen is essentieel voor een goede integratie in de dagelijkse praktijk. Hiertoe kan er mogelijks geïnvesteerd worden in robuuste, gebruiksvriendelijke platforms en dat interne praktijkworkflows deze modaliteit effectief kunnen accommoderen. Bovendien biedt de opvallend hogere intentie tot implementatie onder HAIO's een waardevolle kans voor beleid. Beleidsmakers zouden kunnen overwegen om een training in videoconsulten te integreren in de huisartsenopleiding om de volgende generatie artsen voor te bereiden op deze digitale tools.

Voor onderwijs (met name HAIO's)

De bevinding van het onderzoek dat HAIO's significant meer openstaan voor videoconsulten en een hogere intentie tot toekomstige implementatie laten zien (38,5% vergeleken met 16,1% van de ervaren huisartsen) is een sterke indicator voor medisch onderwijs. Dit suggereert dat de integratie van telegeneeskunde, en met name training in videoconsulten, in het curriculum van de huisartsenopleiding zeer effectief kan zijn om de toekomstige implementatie te bevorderen. Door deze competenties al vroeg in hun carrière te integreren, kan de medische opleiding een leidende rol spelen in de vorming van een toekomstige generatie huisartsen die bedrevener zijn en bereid zijn om videoconsulten als een vast onderdeel van hun praktijk op te nemen.

8.5 Toekomstig Onderzoek

Voortbouwend op de bevindingen en beperkingen van deze studie, ontstaan er verschillende mogelijkheden voor toekomstig onderzoek om het begrip te verdiepen en de effectieve integratie van videoconsultaties in de Vlaamse eerstelijnszorg te vergemakkelijken.

Een cruciale volgende stap is het repliceren van deze studie met een aanzienlijk grotere en representatievere steekproef van Vlaamse huisartsen. Een robuustere steekproef zou niet alleen deze initiële bevindingen valideren, maar ook krachtigere en betrouwbaardere statistische analyses mogelijk maken, waaronder de geplande binaire logistieke regressie, om sterkere voorspellende factoren voor de acceptatie van videoconsultaties te identificeren.

Aangezien de voorkeur van patiënten voor fysieke consultaties door zowel huidige als niet-gebruikers in deze studie als een significante barrière werd aangemerkt, is specifiek onderzoek naar de ervaringen, voorkeuren en digitale geletterdheid van patiënten in Vlaanderen eveneens noodzakelijk. Inzicht in de behoeften van patiënten en hun bereidheid om deel te nemen aan videoconsultaties is essentieel voor succesvolle en patiëntgerichte implementatiestrategieën.

Longitudinale studies worden ook aanbevolen om de langetermijneffecten van videoconsultaties op de kwaliteit van de zorg, de relatie tussen patiënt en arts en de algehele efficiëntie van de praktijk te onderzoeken. Dergelijke studies zouden de acceptatiegraad, tevredenheid en gezondheidsresultaten over een langere periode kunnen volgen en waardevolle inzichten kunnen opleveren in de blijvende impact van deze zorgvorm. Deze onderzoeksagenda biedt een solide basis voor uitgebreider doctoraal onderzoek naar videoconsultatie-implementatie in de Belgische gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld werd beoogd in het Baekeland-mandaat dat in 2023 werd geïnitieerd maar niet tot voltooiing kwam.

Om de geïdentificeerde barrières aan te pakken, zouden interventiestudies moeten worden ontworpen en geëvalueerd. Deze kunnen bestaan uit gerichte trainingsprogramma's voor huisartsen, verbeterde technische ondersteuning, aanpassingen aan werkprocessen of pilotprojecten die specifiek gericht zijn op de behandeling van chronische aandoeningen, waarbij videoconsultaties een hogere geschiktheid en tevredenheid lieten zien. Ten slotte is een meer gedetailleerde economische analyse van de financiële impact van videoconsulten voor zowel huisartsenpraktijken als het bredere zorgsysteem gerechtvaardigd.

8.6 De toekomst van chronische zorg

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat chronische zorg een veelbelovend toepassingsgebied vormt voor videoconsultaties in de Vlaamse eerstelijn. Van de huidige gebruikers rapporteert 35,7% videoconsultaties voornamelijk te gebruiken voor de opvolging van chronische aandoeningen, wat significant hoger ligt dan het gebruik voor louter acute problematiek. Deze bevinding sluit aan bij het internationaal bewijs over de specifieke meerwaarde van videoconsultaties voor chronische zorgtrajecten, en suggereert dat gerichte implementatie voor deze patiëntenpopulatie het meeste potentieel biedt voor succesvolle adoptie in de nabije toekomst.

Het adequaat behandelen van chronische aandoeningen zoals hypertensie, hartfalen, COPD en diabetes wordt bevorderd door frequente contactmomenten tussen arts en patiënt [27], waarbij systematische reviews aantonen dat teleconsultatie en telemonitoring positieve effecten hebben op het beleid van deze aandoeningen [28]. Videoconsultaties faciliteren een proactieve zorgbenadering door frequentere, kortere contactmomenten mogelijk te maken waarbij huisartsen sneller kunnen interveniëren bij vroege signalen van klinische detoriatie, patiënten actief betrokken worden bij hun eigen zorg, en continue monitoring van symptomen plaatsvindt [27, 29]. Voor routinetaken zoals het bespreken van laboratoriumresultaten en medicatie-evaluaties bieden videoconsultaties een efficiënt alternatief dat de continuïteit van zorg bevordert, met Australisch onderzoek bij COPD- en diabetespatiënten dat de kosteneffectiviteit bevestigt [30]. Gezien de vergrijzende Vlaamse bevolking en toenemende chronische zorgvraag biedt gerichte implementatie van videoconsultaties voor chronische zorgtrajecten significant potentieel voor het verbeteren van zorgcontinuïteit, patiënttevredenheid en kostenefficiëntie in de eerstelijnszorg.

Opmerkelijk is dat recent in 2025 het nomenclatuurnummer voor telefonische consultaties in België werd afgeschaft, waarbij enkel videoconsultaties vergoed blijven. Deze beleidskeuze contrasteert met internationaal bewijs dat toont dat telefoon dominant blijft in telegeneeskunde met meer dan 90% van de consultaties op afstand [25], en zou de adoptie verder kunnen belemmeren gezien de reeds lage implementatiegraad van 18% en de identificeerde technische barrières in deze studie. Systematische reviews tonen dat beide modaliteiten kosteneffectief kunnen zijn wanneer ze klinisch geschikt worden toegepast [25], waarbij de keuze idealiter zou moeten afhangen van de klinische context en patiëntbehoeften. De afschaffing riskeert vooral barrières te creëren voor praktijken met beperkte technische infrastructuur en oudere patiëntenpopulaties. Internationaal wordt een hybride model aanbevolen waarbij telefoon als laagdrempelige toegang fungeert en video voor consultaties waar visuele inspectie toegevoegde waarde biedt. Nader onderzoek naar de effecten van deze beleidswijziging op adoptiecijfers en toegankelijkheid is gewenst.

De covid-19 pandemie versnelde wereldwijd de adoptie van teleconsultaties aanzienlijk, met een verdubbeling tussen 2019 en 2021 en aanhoudende groei sindsdien. Verschillende landen hebben verschillende strategieën gehanteerd met variërende succesverhalen.

De internationale ervaring suggereert dat België's aanpak van enkel nomenclatuurcodes, zonder verdere systematische ondersteuning, onvoldoende is. Succesvolle implementatie vereist: (1) duurzame en voorspelbare financiering zoals Australië's permanente integratie in Medicare [31, 32]; (2) systematische infrastructuurondersteuning zoals training en technische assistentie in Scandinavische landen [33, 34]; (3) gerichte implementatie voor specifieke use cases zoals chronische zorg in plaats van brede toepassing; (4) training en ondersteuning geïntegreerd in de huisartsenopleiding, zoals ondersteund door de bevinding dat HAIO's significant meer adopteren (38,5% versus 16,1%); en (5) realistische verwachtingen waarbij erkend wordt dat videoconsultaties

een bescheiden maar waardevolle rol spelen naast telefoon en fysieke consultaties, niet als primaire zorgmodaliteit.

9. Conclusie

Dit onderzoek evalueerde de integratie van videoconsultaties in de Vlaamse huisartsenpraktijk door middel van een cross-sectionele online vragenlijst onder 164 huisartsen en huisartsen-in-opleiding. De belangrijkste bevinding is dat slechts 18% van de respondenten videoconsultaties gebruikt, wat een beperkte implementatie aantoont ondanks de invoering van nomenclatuurcodes in augustus 2022.

Kernbevindingen

Opleidingsstatus is de belangrijkste voorspeller van adoptie-intentie: huisartsen-in-opleiding (HAIO's) tonen significant hogere bereidheid (38,5%) vergeleken met ervaren huisartsen (16,1%, $p = 0,020$). Praktijkvorm en geografische locatie spelen geen significante rol, wat suggereert dat barrières primair individueel en opleidingsgerelateerd zijn. Huidige gebruikers zetten videoconsultatie vooral in voor chronische zorg (35,7%), met hoge tevredenheid over geleverde zorg. De belangrijkste barrières zijn zorgen over zorgkwaliteit, perceptie van patiëntenvoorkeur, technische problemen en integratie-uitdagingen.

Beleidsimplicaties

Internationale ervaring leert dat nomenclatuurcodes alleen onvoldoende zijn. Succesvolle implementatie vereist: (1) voorspelbare langdurige financiering; (2) systematische infrastructuurondersteuning en training; (3) gerichte implementatie voor chronische zorg; (4) integratie in de huisartsenopleiding; en (5) realistische verwachtingen waarbij videoconsultaties als aanvulling dienen, niet als vervanging.

België's recente beslissing om telefonische consultaties niet langer te vergoeden contrasteert met internationaal bewijs dat telefoon dominant blijft (>90% van remote consultaties) en riskeert de reeds lage adoptie verder te belemmeren.

Aanbevelingen

Een gefaseerde strategie met prioriteit voor chronische zorg wordt aanbevolen. Integratie van competenties rond videoconsultaties in de huisartsenopleiding is een volgende stap gezien de hogere openheid bij HAIO's tot toekomstige implementatie. Systematische ondersteuning in de vorm van technische infrastructuur, duidelijke richtlijnen en continue monitoring is noodzakelijk. De afgeschafte vergoeding voor telefonische consultaties verdient heroverweging binnen een hybride model.

Longitudinale studies zijn nodig om beleidseffecten te monitoren. Verder onderzoek naar patiëntervaringen, klinische uitkomsten en kosteneffectiviteit zou waardevol zijn om videoconsultaties duurzaam te integreren als waardevolle aanvulling op de Vlaamse eerstelijnszorg.

10. Referenties

1. World Health Organization. eHealth [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf
2. Mold F, Hendy J, Lai YL, de Lusignan S. Electronic Consultation in Primary Care Between Providers and Patients: Systematic Review. JMIR Med Inform. 2019 Dec 3;7(4):e13042. doi: 10.2196/13042. PMID: 31793888; PMCID: PMC6918214.
3. Domus Medica. Resultatensurvey - Teleconsult Domus Medica [Internet]. Brussel: Domus Medica; 2020 [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/202010230%20_%20resultatensurvey%20-%20Teleconsult%20Domus%20Medica_0.pdf
4. Ward K, Vagholkar S, Sakur F, Khatri NN, Lau AYS. Visit Types in Primary Care With Telehealth Use During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. JMIR Med Inform. 2022 Nov 28;10(11):e40469. doi: 10.2196/40469. PMID: 36265039; PMCID: PMC9745650.
5. World Health Organization. Consolidated telemedicine implementation guide [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184
6. Assing Hvidt E, Atherton H, Keuper J, Kristiansen E, Lüchau EC, Lønnebakke Norberg B, Steinhäuser J, van den Heuvel J, van Tuyl L. Low Adoption of Video Consultations in Post-COVID-19 General Practice in Northern Europe: Barriers to Use and Potential Action Points. J Med Internet Res. 2023 May 22;25:e47173. doi: 10.2196/47173. PMID: 37213196; PMCID: PMC10242475.
7. Shaver J. The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. Prim Care. 2022 Dec;49(4):517-530. doi: 10.1016/j.pop.2022.04.002. Epub 2022 Apr 25. PMID: 36357058; PMCID: PMC9035352.
8. Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. BJGP Open. 2020 May 1;4(1):bjgpopen20X101020. doi: 10.3399/bjgpopen20X101020. PMID: 32184212; PMCID: PMC7330183.
9. James HM, Papoutsi C, Wherton J, Greenhalgh T, Shaw SE. Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework. J Med Internet Res. 2021 Jan 26;23(1):e23775. doi: 10.2196/23775. PMID: 33434141; PMCID: PMC7837451.
10. Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. Fam Pract. 2022 Jan 19;39(1):168-182. doi: 10.1093/fampra/cmab077. PMID: 34278421; PMCID: PMC8344904.
11. Mistiaen P, Devriese S, Pouppez C, Roberfroid D, Savoye I. Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2020. KCE Reports 328A. doi: 10.57598/R328AS.
12. Byambasuren O, Greenwood H, Bakhit M, Atkins T, Clark J, Scott AM, Glasziou P. Comparison of Telephone and Video Telehealth Consultations: Systematic Review. J Med Internet Res. 2023 Nov 17;25:e49942. doi: 10.2196/49942. PMID: 37976100; PMCID: PMC10692872.
13. Bitar H, Alismail S. The role of eHealth, telehealth, and telemedicine for chronic disease patients during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review. Digit Health. 2021 Apr 19;7:20552076211009396. doi: 10.1177/20552076211009396. PMID: 33959378; PMCID: PMC8060773.
14. Kaur KN, Niazi F, Thakur R, Saeed S, Rana S, Singh H. Patient satisfaction for telemedicine health services in the era of COVID-19 pandemic: A systematic review. Front Public Health.

2022 Dec 16;10:1031867. doi: 10.3389/fpubh.2022.1031867. PMID: 36589954; PMCID: PMC9800592.
15. Rettinger L, Kuhn S. Barriers to Video Call-Based Telehealth in Allied Health Professions and Nursing: Scoping Review and Mapping Process. J Med Internet Res. 2023 Aug 1;25:e46715. doi: 10.2196/46715. PMID: 37526957; PMCID: PMC10427933.
16. Rajkumar E, Gopi A, Joshi A, Thomas AE, Arunima NM, Ramya GS, Kulkarni P, Rahul P, George AJ, Romate J, Abraham J. Applications, benefits and challenges of telehealth in India during COVID-19 pandemic and beyond: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2023 Jan 4;23(1):7. doi: 10.1186/s12913-022-08970-8. PMID: 36597088; PMCID: PMC9810518.
17. Houser SH, Flite CA, Foster SL. Privacy and Security Risk Factors Related to Telehealth Services - A Systematic Review. Perspect Health Inf Manag. 2023 Jan 10;20(1):1f. PMID: 37215337; PMCID: PMC9860467.
18. Shaker AA, Austin SF, Storebø OJ, Schaug JP, Ayad A, Sørensen JA, Tarp K, Bechmann H, Simonsen E. Psychiatric Treatment Conducted via Telemedicine Versus In-Person Modality in Posttraumatic Stress Disorder, Mood Disorders, and Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Ment Health. 2023 Jul 5;10:e44790. doi: 10.2196/44790. Erratum in: JMIR Ment Health. 2023 Sep 18;10:e52269. PMID: 37277113; PMCID: PMC10357375.
19. Gordon M, Sinopoulou V, Lakunina S, Gjuladin-Hellon T, Bracewell K, Akobeng AK. Remote care through telehealth for people with inflammatory bowel disease. Cochrane Database Syst Rev. 2023 May 4;5(5):CD014821. doi: 10.1002/14651858.CD014821.pub2. PMID: 37140025; PMCID: PMC10164701.
20. Clausen TC, Greve NK, Müller KI, Kristoffersen ES, Schytz HW. Telemedicine in headache care: A systematic review. Cephalalgia. 2022 Nov;42(13):1397-1408. doi: 10.1177/03331024221111554. Epub 2022 Jul 4. PMID: 35787157.
21. Avalosse H, Bruyneel L, Hens E, et al. Raadplegingen op afstand. Intermutualistische enquête [Internet]. Brussel: Onafhankelijk Ziekenfonds; 2020 [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultatie_resultaten_rapport.pdf
22. Orde van artsen. Teleconsultaties in het huidige zorglandschap – deontologische regels [Internet]. Brussel: Orde van artsen; [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/kwaliteit-van-de-zorg/teleconsultaties-in-het-huidige-zorglandschap-deontologische-regels
23. RIZIV. Raadplegingen op afstand door artsen [Internet]. Brussel: RIZIV; [geraadpleegd op 10 mei 2024]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Verstrekkingen-op-afstand-artsen/Paginas/default.asp
24. Walley D, McCombe G, Broughan J, O'Shea C, Crowley D, Quinlan D, Wann C, Crowley T, Cullen W. Use of telemedicine in general practice in Europe since the COVID-19 pandemic: A scoping review of patient and practitioner perspectives. PLoS Digit Health. 2024 Feb 14;3(2):e0000427. doi: 10.1371/journal.pdig.0000427. PMID: 38354211; PMCID: PMC10866456.
25. De Guzman KR, Snoswell CL, Caffery LJ, Smith AC. Economic evaluations of videoconference and telephone consultations in primary care: A systematic review. J Telemed Telecare. 2024 Jan;30(1):3-17. doi: 10.1177/1357633X211043380. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34617819.
26. Bell-Aldeghi R, Gibrat B, Rapp T, Chauvin P, Guern ML, Billaudeau N, Ould-Kaci K, Sevilla-Dedieu C. Determinants of the Cost-Effectiveness of Telemedicine: Systematic Screening and Quantitative Analysis of the Literature. Telemed J E Health. 2023 Jul;29(7):1078-1087. doi: 10.1089/tmj.2022.0161. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36493368.
27. Cotter VT, Gonzalez EW, Fisher K, Festus E. Telemedicine can revolutionize the treatment of chronic disease. Am J Med. 2020 Dec;133(12):e600-e601. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.054. PMID: 32504629; PMCID: PMC7490579.

28. Ma Y, Zhao C, Zhao Y, Lu J, Jiang H, Cao Y, Li Y, Qiao J, Shi D, Sun J, Xu D, Zhu Y, Pan J, Sha X, Ma Y, Zhang W, Chen M. Telemedicine application in patients with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Med Inform Decis Mak. 2022 Apr 19;22(1):105. doi: 10.1186/s12911-022-01845-2. PMID: 35440013; PMCID: PMC9017023.
29. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Alverson DC, Antoniotti N, Barsan WG, Bashshur N, Brown EM, Coye MJ, Doarn CR, Ferguson S, Grigsby J, Krupinski EA, Kvedar JC, Linkous J, Merrell RC, Nesbitt T, Poropatich R, Rheuban KS, Sanders JH, Watson AR, Weinstein RS, Yellowlees P. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. Telemed J E Health. 2014 Sep;20(9):769-800. doi: 10.1089/tmj.2014.9981. Epub 2014 Aug 1. PMID: 25093109; PMCID: PMC4148063.
30. Bohingamu Mudiyanselage S, Stevens J, Toscano J, Kotowicz MA, Steinfort C, Hayles R, Watts JJ, Szuzuki S. Cost-effectiveness of personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial. PLoS One. 2023 Jun 15;18(6):e0286533. doi: 10.1371/journal.pone.0286533. PMID: 37319170; PMCID: PMC10270614.
31. Australian National Audit Office. Expansion of Telehealth Services. Auditor-General Report No. 10 of 2022–23 [Internet]. Canberra: ANAO; 2023 [geraadpleegd op 30 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.anao.gov.au/work/performance-audit/expansion-telehealth-services
32. Australian Government Department of Health and Aged Care. Permanent telehealth to strengthen universal Medicare [Internet]. Canberra: Department of Health and Aged Care; 2022 [geraadpleegd op 30 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/permanent-telehealth-to-strengthen-universal-medicare
33. World Health Organization Regional Office for Europe. The rise of telehealth in the European Region: insights from Norway [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [geraadpleegd op 30 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.who.int/europe/news/item/10-10-2024-the-rise-of-telehealth-in-the-european-region--insights-from-norway
34. World Health Organization Regional Office for Europe. Maria's first-hand experience: how telemedicine brings health care closer to remote Swedish villages [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 [geraadpleegd op 30 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.who.int/europe/news/item/23-05-2023-maria-s-first-hand-experience--how-telemedicine-brings-health-care-closer-to-remote-swedish-villages

11. Bijlagen

11.1 Vragenlijst



21-10-2024

1. Gebruikt u momenteel videoconsultaties in uw praktijkvoering?
- Ja -> gaat direct naar vraag 2.
- Nee -> gaat direct naar vraag 10.

2. Hoe vaak gebruikt u videoconsultaties?
- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Minder vaak

3. Wat waren voor u de belangrijkste redenen om videoconsultaties te starten in uw praktijk? (Selecteer alle toepasselijke opties)
- Verbeteren van toegankelijkheid voor patiënten
- Efficiënter tijdbeheer en flexibiliteit in de praktijk
- Verminderen van infectierisico's
- Vragen of verzoeken van patiënten
- Verminderen van reistijd voor patiënten
- Mogelijkheid om van thuis uit te werken
- Innovatie en vooruitgang binnen de praktijk
- Andere redenen (specificeer): _____

4. Voor welke soort zorg gebruikt u videoconsultaties voornamelijk?
- Voornamelijk acute zorg (bijv. voor nieuwe symptomen, infecties, urgenties of andere recente gezondheidsklachten)
- Voornamelijk chronische zorg (bijv. opvolging van chronische aandoeningen, voorschriften vernieuwen)
- Ongeveer evenveel voor acute als voor chronische zorg

5. Hoe tevreden bent u doorgaans met de kwaliteit van uw geleverde zorg via videoconsultaties? (Beoordeel op een schaal van 1-5, waarbij 1 = zeer ontevreden en 5 = zeer tevreden)

- Voor acute zorg: [1-5 schaal]
- Voor chronische zorg: [1-5 schaal]

6. Hoe vaak heeft u na een videoconsultatie het gevoel dat een fysieke consultatie eigenlijk beter zou zijn geweest?

   Voor acute zorg

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

   Voor chronische zorg

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

7. Welke barrières ondervindt u regelmatig bij het gebruik van videoconsultaties? (Selecteer alle toepasselijke opties)

- Technische problemen (bijv. internetverbinding)
- Voorkeur van patiënten voor persoonlijke consultaties
- Moeilijkheden bij integratie van videoconsultaties in de praktijk
- Gebrek aan tijd voor het uitvoeren van videoconsultaties
- Onvoldoende vergoeding of financiële barrières
- Anders (specificeer): _____
- Nog geen barrières ervaren

8. Ervaart u behoefte aan extra training of ondersteuning voor het efficiënt uitvoeren van videoconsultaties?

- Ja
- Nee

9. Wenst u het gebruik van videoconsultaties in uw praktijk verder uit te bouwen?

- Ja, ik wil het huidige gebruik voortzetten en/of uitbreiden
- Nee, ik zie geen verdere toekomst voor videoconsultaties in mijn praktijk

10. Overweegt u in de toekomst videoconsultaties te implementeren in uw praktijk?

- Ja -> Gaat naar vraag 11.
- Nee -> Gaat naar vraag 13.

11. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen om in de toekomst met videoconsultaties te willen beginnen? (Selecteer alle toepasselijke opties)

- Verbeteren van toegankelijkheid voor patiënten
- Efficiënter tijdbeheer en flexibiliteit in de praktijk
- Verminderen van infectierisico's
- Vragen of verzoeken van patiënten
- Verminderen van reistijd voor patiënten
- Mogelijkheid om van thuis uit te werken
- Innovatie en vooruitgang binnen de praktijk
- Andere redenen (specificeer): _____

12. Ervaart u behoefte aan extra training of ondersteuning voor het efficiënt opstarten en uitvoeren van videoconsultaties?

- Ja
- Nee

13. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen om geen videoconsultaties te (her)starten? (Selecteer alle toepasselijke opties)

- Voorkeur voor fysieke consultaties
- Patiëntenpopulatie heeft beperkte digitale vaardigheden/toegang
- Onvoldoende technische infrastructuur
- Onvoldoende financiële compensatie
- Bezorgdheid over kwaliteit van zorg (bijv. gemiste diagnoses)
- Moeilijk in te passen in de planning
- Gebrek aan vertrouwen in technologie
- Geen duidelijke meerwaarde (gezien)
- Anders (specificeer): _____

Op het einde voor iedereen ook nog 3 demografische vragen

1. Bent u huisarts in opleiding (haio)?

- Ja
- Nee

2. In welk type praktijk werkt u momenteel?
- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Multidisciplinair centrum
- Wijkgezondheidscentrum
- Anders (specificeer): _____

3. Ligt uw praktijk in een eerder stedelijke of landelijke omgeving?
- Stedelijke omgeving
- Landelijke omgeving

11.2 Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

JOHAN VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussels, 2025-05-21

EC number: **EC-2025-053**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Video consultations in 2024: current implementation in the Flemish GP landscape. A quantitative survey.

BUN: 1432025000043

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB formulated a preliminary advice with remarks on 12-03-2025. The revised documents were submitted on 21-04-2025.

In the response letter, it was stated that the study had started using the adapted documents but without prior submission and approval.

Since:

- The submitted documents corresponded to the remarks of the Ethics Committee and would have been approved upon submission of the track changes version as requested in the preliminary advise
- The use of the revised submitted documents was confirmed through a link to the online survey provided to the Ethics Committee by the researcher

the Ethics Committee has no objections to the project its present form, and exceptionally authorizes the use of the data of the participants that were collected before the date of approval.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

