
Implementatie van videoconsultaties in chronische zorg : een haalbaarheidsstudie

Igodt C, Rademakers F.

INLEIDING

De gezondheidszorg wordt geconfronteerd met een toenemend aantal patiënten met chronische, veelal complexe aandoeningen. Een nauwgezette opvolging van het ziekteverloop bij dergelijke patiënten is noodzakelijk. Zij ondergaan dan ook dikwijls consultaties bij artsen-specialisten in het ziekenhuis en ervaren zo het ongemak van veelvuldige verplaatsingen, tijdsverlies en toegenomen onproductiviteit.

Niet alle consultaties in het ziekenhuis gaan echter gepaard met medische testen (labo, beeldvorming) of grondig onderzoek door een arts. In dergelijke gevallen kunnen videoconsultaties een alternatief bieden. Arts en patiënt bevinden zich dan niet in dezelfde ruimte, maar staan met elkaar in contact via een live videoconnectie. Die verloopt meestal online, via internet, en door middel van een low-cost of no-cost software (zoals bijvoorbeeld Skype).

Alhoewel dergelijke technologie reeds geruime tijd bestaat en uiterst toegankelijk is, worden videoconsultaties niet vaak toegepast, tenzij in landelijke gebieden waar specialistische zorg moeilijk toegankelijk is. Eén van de belangrijkste redenen hiertoe is het gebrek aan evidentie omtrent de doeltreffendheid. De literatuur is schaars¹.

Enkele recente reviews richten zich op het klinisch gebruik van Skype²⁻³. De reviews beschrijven tal van kleinschalige studies. Deze geven duidelijke voordelen aan, maar wijzen eveneens op het tekort aan gefundeerd onderzoek om klinische en economische voordelen van Skype aan te tonen.

Een andere review onderzoekt in het bijzonder de toepassing van videoconsultaties bij chronische ziekten. Deze review concludeert dat videoconsultaties leiden tot klinische outcomes die gelijkaardig zijn als die van gewone consultaties⁴.

Studies met betrekking tot diabetes wijzen in dezelfde richting. Ze geven aan dat videoconsultaties voldoende veilig zijn en dat ze een aantal

ziekenhuisconsultaties kunnen vervangen⁵⁻⁶. Een nog recenter onderzoek gaat verder en concludeert dat videoconsultaties op termijn zelfs tot betere klinische outcomes kunnen leiden als gewone consultaties⁷.

Naast klinische outcomes komt patiënttevredenheid in heel wat onderzoek aan bod^{4,8-10}. Videoconsultaties worden daarbij steeds als positief ervaren.

Daarnaast bespreken enkele studies de impact van videoconsultaties op de therapeutische relatie tussen arts en patiënt^{4,5,9,10}. Deze zijn niet sluitend. Twee studies achten het opbouwen van een goede therapeutische relatie mogelijk^{4,5}. Volgens een andere studie kan er echter terughoudendheid optreden vanwege de arts⁹. Nog een andere studie situeert eventuele bezorgdheden eerder bij de patiënt¹⁰.

In een recente kleinschalige studie werden huisartsen in Noorwegen en Duitsland bevestigd omtrent hun attitudes ten aanzien van videoconsultaties. Allen reageerden positief en verklaarden er in de toekomst gebruik van te willen maken¹¹. Hun ervaringen met videoconsultaties waren echter zo goed als onbestaand, en geen enkele onder hen was vertrouwd met reeds bestaande videoconsulting software.

Dit laatste typeert enigszins de situatie van vandaag. Velen erkennen dat er potentiële voordelen zijn, maar men weet niet of die opwegen tegen mogelijke nadelen, wegens gebrek aan evidentie. En bijgevolg blijft er een verscheidenheid aan veronderstellingen bij zorgverleners en patiënten, al dan niet terecht, die implementatie van videoconsultaties kunnen bemoeilijken.

Dit onderzoek start daarom aan de basis. Er wordt gepeild naar de standpunten van diverse stakeholders. Op die manier wordt geanticipeerd op de belangrijkste opportuniteiten, beperkingen, voor- en nadelen die een rol kunnen spelen wanneer men implementatie overweegt.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn de huidige standpunten van artsen-specialisten, verpleegkundigen en patiënten omtrent haalbaarheid van implementatie van videoconsultaties in chronische zorg?
2. Welke zijn de te verwachten voor- en nadelen?

METHODE

Design

Dit kwalitatief onderzoek is descriptief, exploratief en interpretatief. Het vertrekt vanuit informatie bekomen via semigestructureerde interviews, om de subjectieve standpunten en percepties van zorgverleners en patiënten omtrent de eventuele implementatie van videoconsultaties in kaart te brengen en te analyseren.

Steekproef

Aan dit onderzoek werkten 14 participanten mee, waaronder 4 artsen-specialisten, 4 verpleegkundigen, 1 kinesitherapeut en 5 patiënten met chronische aandoeningen (*Tabel 1*). De artsen-specialisten meldden zich na een interne oproep tot deelname in UZ Leuven. Onder hen bevonden zich 2 nefrologen, 1 gastro-enteroloog en 1 reumatoloog. De verpleegkundigen die aan dit onderzoek participeerden zijn werkzaam in de betrokken afdelingen. Allen onder hen waren gespecialiseerd in behandeling van chronische aandoeningen en

beschikten over minstens 5 jaar ervaring. De deelnemende kinesitherapeut werd geselecteerd uit de afdeling reumatologie. De 5 patiënten werden gerekruteerd via patiëntenverenigingen. De groep van participerende patiënten bevatte 1 patiënt thuisdialyse, 2 patiënten met de Ziekte van Crohn en 2 patiënten met reumatoïde artritis. De leeftijden van patiënten varieerden tussen 42-72 jaar. Allen voldeden aan criteria van mentale en fysieke geschiktheid. Geen enkele van de participanten, noch zorgverleners, noch patiënten, beschikte over ervaring met videoconsultaties.

Data-collectie en analyse

Een topic guide werd gehanteerd om data te verzamelen via semigestructureerde interviews (*Tabel 2*). Alle interviews met zorgverleners vonden plaats binnen UZ Leuven. Met uitzondering van 2 patiënten werden interviews met patiënten afgenomen buiten het ziekenhuis. Tijdens interviews werden aantekeningen gemaakt. Auditieve opnames werden gemaakt van 11 van de 14 interviews. Deze werden getranscribeerd, gecodeerd en thematisch geanalyseerd. Gedurende dit proces werden in een eerste fase binnen elk afzonderlijk interview thema's geïdentificeerd. Vervolgens werden alle interviews vergeleken, en werden gelijkenissen en verschillen in thema's bestudeerd. Deze analyse werd grondig gevoerd tot een duidelijk inzicht tot stand kwam omtrent de diverse standpunten van de betrokken participanten.

Tabel 1: Participanten

	Specialisatie/Ziekte	Geslacht	Leeftijd	Ziekteactiviteit	Afstand ziekenhuis
<i>Artsen-specialisten</i>	Nefrologie	Vrouw	46 jaar		
	Nefrologie	Man	43 jaar		
	Gastro-enterologie	Man	50 jaar		
	Reumatologie	man	62 jaar		
<i>Verpleegkundigen</i>	Niercentrum	Vrouw	52 jaar		
	Thuisdialyse	Man	34 jaar		
	Pre-dialyse	Vrouw	33 jaar		
	IBD	Vrouw	49 jaar		
<i>Kinesitherapeut</i>	Spondylo-artritis	Man	35 jaar		
<i>Patiënten</i>	Chronische nierinsufficiëntie	Man	70 jaar	+/- 10 jaar	< 10 km
	Ziekte van Crohn	Vrouw	72 jaar	+/- 35 jaar	< 10 km
	Ziekte van Crohn	Vrouw	52 jaar	+/- 15 jaar	< 10 km
	Reumatoïde artritis	Vrouw	42 jaar	+/- 20 jaar	+/- 50 km
	Reumatoïde artritis	Vrouw	47 jaar	+/- 5 jaar	+/- 50 km

Tabel 2 : Topic guide

<i>Demografische gegevens</i>	Leeftijd, specialisatie, ervaring, aandoening, ziekteactiviteit, afstand ziekenhuis?
<i>Mogelijke doelgroep</i>	Welke patiënten; welke ziekte; welk zorgproces, welke zorgverlener, waarom?
<i>Huidige communicatie</i>	Wanneer, wachttijden, welk medium, inhoud, welke zorgverlener, waarom?
<i>Huidige ziekenhuisbezoeken</i>	Wanneer, wachttijden, inhoud, welke testen, welke zorgverlener, waarom?
<i>Mogelijkheid tot videoconsults</i>	In welke gevallen wél/niet, wanneer wél/niét, waarom wél/niet?
<i>Verwachte voor- en nadelen</i>	Voor arts, verpleegkundige, collega's, ziekenhuis, patiënt, waarom?
<i>Tijds winst of tijdsverlies</i>	Voor arts, verpleegkundige, collega's, ziekenhuis, patiënt, waarom?
<i>Mogelijke gevaren en risico's</i>	Voor arts, verpleegkundige, collega's, ziekenhuis, patiënt, waarom?
<i>Verskil in klinische uitkomst</i>	Wél of niét; waarom?
<i>Aanvaardbaarheid</i>	Voor arts, verpleegkundige, collega's, ziekenhuis, patiënt, waarom?
<i>Succesfactoren</i>	Welke, voor arts, verpleegkundige, collega's, ziekenhuis, patiënt, waarom?
<i>Huidige kennis van technologie</i>	Vertrouwdheid Skype ed., apps, hardware, +/-, gebruiksvriendelijk, waarom?
<i>Gewenste functionaliteiten</i>	Welke hardware/software, gegevensuitwisseling, logistiek, andere, waarom?
<i>Huidige patiënttevredenheid</i>	Met zorgverleners, zorgproces, ziekenhuisbezoek, wachttijden, waarom?

RESULTATEN

Haalbaarheid

Thema's die naar voren kwamen met betrekking tot haalbaarheid zijn (i) vertrouwensrelatie, (ii) lage ziekteactiviteit, (iii) ad hoc vragen voor verpleegkundigen, (iv) gebruiksvriendelijkheid en (v) privacy.

(i) Vertrouwensrelatie

Artsen, verpleegkundigen en patiënten zijn unaniem dat een videoconsultatie niet geschikt is voor een eerste contact tussen zorgverlener en patiënt. Artsen en patiënten verwijzen naar de behoefte om elkaar in levenden lijve te zien om op een correcte manier een diagnose te stellen:

"Ik denk, voor nieuwe patiënten is het niet zo'n goed idee, want bij nieuwe patiënten moet je het allemaal voelen, details zien, ogen kijken, de manier waarop de patiënt zich beweegt, ontkleedt, en dergelijke, die je moeilijker gaat kunnen capteren met een soort skype consultatie." (arts)

"Ik denk dat het vooral voor de eerste consultatie zinvol is ter plaatse te zijn, want je krijgt de diagnose. Je hebt veel vragen die je wil stellen, en je moet grondig onderzocht worden." (patiënt)

Verpleegkundigen en patiënten benadrukken de noodzaak tot het opbouwen van een vertrouwensrelatie vooraleer videoconsultaties kunnen plaatsvinden. Die vertrouwensrelatie is belangrijk om patiënten zorgvuldig te begeleiden doorheen het aanvaardingsproces van hun chronische aandoening.

"Mij lijkt dat (=videoconsultaties) pas interessant nadat we de meeste info hebben gegeven en afgerond, want bij die eerste gesprekken komen heel wat vragen en die zijn toch ook in tijd omvangrijker." (verpleegkundige)

"Ik denk dat persoonlijk contact toch belangrijk is. Want via video opvangen dat iemand echt verdrietig is, of veel weerstand heeft of moeite, dat lijkt mij zo wat moeilijker om op in te spelen. Terwijl, eens de vertrouwensrelatie er wat is, en ge kent die patiënt wat, dan lijkt mij dat haalbaarder." (verpleegkundige)

"Als je heel jong bent als je een ziekte krijgt die je meesleept voor de rest van je leven heb je echt veel ondersteuning nodig." (patiënt)

"Als dat iemand volledig nieuw is, dan zou ik dat (=videoconsultaties) vreemd vinden. Als dat iemand is die ik al een paar keer gezien heb, dan zou ik dat oké vinden." (patiënt)

(ii) Lage ziekteactiviteit

Als aangewezen doelgroep verwijzen artsen naar hun meest stabiele patiënten, met name diegenen met lage ziekteactiviteit, of diegenen waar tijdelijk geen ziekteactiviteit is (remissie). Patiënten beamen dat videoconsultaties aangewezen lijken wanneer de ziekte min of meer onder controle is.

"Vooral voor patiënten die vrij goed onder controle zijn." (arts)

"Voor het vervangen van routineconsultaties. Mensen die in follow-up zijn." (arts)

"Als er niets aan de hand is, en er is niets ernstig, dan is het niet nodig natuurlijk, en dan kan een videoconsultatie volstaan. Want soms ga je, en dan ben je binnen 5 minuten terug buiten omdat alles goed is. Dan zou een videoconsultatie misschien wel handiger zijn." (patiënt)

"Ik denk dat het ervan afhangt voor wat ge bij den dokter moet zijn. Als het gewoon is voor uit te leggen wat ge voelt met uw medicatie, dan denk ik dat ge dat kunt regelen per video. Maar als ge iets voelt aan uw lichaam, dan kunnen ze via videoconsultatie er moeilijk zélf aan voelen." (patiënt)

(iii) Ad hoc vragen voor verpleegkundigen

Chronische patiënten staan dikwijls in contact met verpleegkundigen met allerlei vragen. Deze gesprekken verlopen nu telefonisch. Volgens artsen zouden deze eventueel vervangen kunnen worden door videoconsultaties.

"Onze verpleegkundigen zijn zéér veel in contact met patiënten. Dat kan in de toekomst misschien via videoconsultaties." (arts)

"Eventueel voor vragen die nu telefonisch worden gesteld aan verpleegkundigen: video-on-demand als het ware." (arts)

Hierover verschillen artsen en verpleegkundigen grondig van mening. Verpleegkundigen achten het praktisch niet haalbaar om videoconsultaties uit te voeren op onvoorziene momenten.

"Mijn telefoon gaat de hele dag af terwijl ik met patiënten bezig ben. Hoe moet dat dan met videoconsultaties? Probleem is dat de mensen ons teveel bellen: afspraken, opstoten, medicatie, op reis gaan, attesten,

afwezigheidsbriefjes, afspraken vergeten." (verpleegkundige)

"...skypen en antwoorden op ad hoc vragen is organisatorisch niet mogelijk. Ge kunt niet beginnen skypen in een box waar andere patiënten kunnen meeluisteren." (verpleegkundige)

"(videoconsultaties) zijn praktisch niet haalbaar. Want de meeste problemen thuis zijn bij het aanprikken, en dat doen ze (=patiënten) dan 's morgens, terwijl wij dan ook in de boxen gepland staan." (verpleegkundige)

Verpleegkundigen achten videoconsultaties daarentegen wél haalbaar indien ze plaatsvinden binnen vooraf geplande tijdsloten.

"Ik denk dat ge beter met een vast afgesproken uur zit, en dat ge de verpleegkundigen dan een uur vrijstelt... Als ge zoiets kunt doen, en de mensen kunnen dan inbellen, dan weten ze (=patiënten) dat ze die aandacht hebben." (verpleegkundige)

"als er een vast slot is, dan kunnen ze (=patiënten) met hun vragen op dat moment steeds bellen... Dan ben ik zeker dat ik de juiste hulp ga kunnen bieden... Want nu als ze bellen dan kan dat soms op een heel druk moment zijn en dan is dat soms moeilijk." (verpleegkundige)

(iv) Gebruiksvriendelijkheid

Gebruiksvriendelijkheid werd door zorgverleners naar voor geschoven als een belangrijke randvoorwaarde voor succesvolle implementatie. Zo vreesden zorgverleners dat videoconsultaties weleens onvoldoende geïntegreerd zouden kunnen zijn met andere IT toepassingen die zij momenteel gebruiken.

"Een nadeel zou kunnen zijn dat het een gebruiks-on-vriendelijk systeem is. Dat we moeten inloggen op drie, vier sites... Iedereen vindt dan zijn eigen systeem uit en vindt dat de rest maar op zijn systeem moet inloggen. En dan...ja, de eindgebruiker wordt er gek van! Integratie is het sleutelwoord." (arts)

"Wij ontwikkelen momenteel een app met een dashboard die een aantal key parameters bevat. Het zou goed zijn, tijdens de

videoconsultatie, dat de patiënt dat dashboard kan zien, en de arts ook.” (arts)

“Allez, bijvoorbeeld, persoonlijk, ik ben niet zo sterk in technologie. En sommige collega’s en zo... Mij schrikt dat toch zo wat af, want tegen dat dat volledig geïnstalleerd is, dat gaat ons toch heel wat tijd kosten.” (verpleegkundige)

Alle patiënten daarentegen waren sterk vertrouwd met consumer videosoftware, en verwachtten geen moeilijkheden om videoconsultaties technisch tot een goed einde te brengen, niettegenstaande het feit dat de leeftijd van de participerende patiënten varieerde tussen 42-72 jaar.

“Ja, meestal gebruik ik Facetime (Apple). Voor familie, ook voor werk.” (patiënt)

“Als één van de weinigen heb ik gene smart phone. Da’s zeer uitzonderlijk, hè? Ik gebruik wél Skype, als mijn lief gaan skiën is.” (patiënt)

“Met mijn kleindochter doe ik dat regelmatig. Want er is niet alleen Skype, maar nu ook What’s App, hè” (patiënt)

“Ik werk niet veel met tablets of smartphones. Ik heb liever ne vaste computer. Altijd in de bankwereld gewerkt.” (patiënt)

(v) Privacy

Eén enkele arts alsook verpleegkundige vermoedden dat de haalbaarheid weleens zou kunnen beperkt worden door privacy issues.

“Het moet even vanuit de patiënt bekeken worden. Voelt de patiënt zich comfortabel? Gaat de arts voldoende discreet zijn, of gaat iedereen zitten meekijken? Want in een gewone consultatie, er komt iemand binnen en die ziet ge wel. Terwijl, als ge als arts aan een videoscherm zit, en er komen daar assistenten bij in de kamer, dan ziet de patiënt dat niet... Misschien denkt de patiënt dat hij alleen met de arts spreekt, maar de kamer zit misschien wel helemaal vol.” (arts)

“Voor mij maakt telefoon of video niet uit, maar misschien wél voor de patiënt. Allez, als die daar in zijne pyjama zit, ik weet niet of die dat leuk gaat vinden.” (verpleegkundige)

“Wat nu wél zo is, als ge aan het bellen zijt, en dat iemand anders iets komt vragen... De lichaamstaal zo. Als ge zo teken doet naar die

andere... Dat gaat dan niet kunnen als ge in beeld zit, hè. Of dat ge soms zit te luisteren, en als die (=patiënt) voortdurend hetzelfde aan het zeggen is... Misschien dat ge ondertussen al iets aan het lezen zijt. Soms is dat wel zo. Ge moet de mensen hun verhaal kunnen laten doen, en als de mensen u zien, dan kunt ge dat allemaal niet.” (verpleegkundige)

Geen enkele van de participerende patiënten daarentegen beschouwde een inkijk in de persoonlijke levenssfeer als een probleem.

“Ik heb niets te verbergen. (patiënt)

“Ge zet uw computer maar waar ze ne schone achtergrond hebben, hè.” (patiënt)

“Ik denk wel niet dat ge daar met krolspellen in uw haar moet gaan zitten. Alhoewel, als ge niet goed zijt, is dat toch niet raar?” (patiënt)

“Dat andere artsen of verpleegkundigen meekijken zou mij niet veel uitmaken.” (patiënt)

Samenvattend kunnen we stellen dat artsen, verpleegkundigen en patiënten videoconsultaties haalbaar achten wanneer een vertrouwensrelatie is opgebouwd en de chronische ziekte onder controle is. Artsen en verpleegkundigen verschillen echter van mening omtrent het beantwoorden van terloopse vragen van patiënten. Artsen achten dit haalbaar, verpleegkundigen niet. Ook tussen zorgverleners enerzijds en patiënten anderzijds zijn er verschillende aandachtspunten. Zo voelden alle patiënten zich comfortabel met online videotechnologie, terwijl zorgverleners met argwaan vooruitkeken naar technische uitwerking binnen reeds bestaande IT toepassingen. Zo blijken ook enkele zorgverleners bezorgd om de privacy van patiënten, maar geen enkele patiënt deelde die bezorgdheid (Tabel 3).

Voordelen en nadelen

Voor- en nadelen die geanticipeerd werden door de participanten zijn gerelateerd aan (i) patiënttevredenheid, (ii) meerwaarde ten opzichte van telefoon, (iii) grondig onderzoek, (iv) wachttijden en (v) opname van videoconsultaties.

(i) Patiënttevredenheid

Artsen achten de grootste verdienste van videoconsultaties ten voordele van de patiënt, met name de significante tijdswinst en kostenbesparing

Tabel 3 : Haalbaarheid

	Artsen	Verpleegkundigen	Patiënten
<i>Wél haalbaar</i>	nadat vertrouwensrelatie is opgebouwd	nadat vertrouwensrelatie is opgebouwd	nadat vertrouwensrelatie is opgebouwd
	bij lage of geen ziekteactiviteit	bij lage of geen ziekteactiviteit	bij lage of geen ziekteactiviteit
	voor ad hoc vragen aan verpleegkundigen		voor ad hoc vragen aan verpleegkundigen
<i>Niét haalbaar</i>	voor eerste contact	voor eerste contact	Voor eerste contact
	indien onvoldoende gebruiksvriendelijk	indien onvoldoende gebruiksvriendelijk	
		voor ad hoc vragen aan verpleegkundigen	
	indien patiënt als inbreuk op privacy ervaart	indien patiënt als inbreuk op privacy ervaart	wordt door patiënt niét als inbreuk ervaren

die een chronische patiënt kan realiseren door het voorkomen van veelvuldige verplaatsingen naar het ziekenhuis.

"Er is een groot fileprobleem. Er gaat meer tevredenheid van onze patiënten zijn omdat ze zich minder moeten verplaatsen." (arts)

"Het grote voordeel is tijdswinst voor de patiënt." (arts)

Ook de participerende patiënten erkennen dit voordeel. Heel wat onder hen zijn weliswaar de verplaatsing naar het ziekenhuis gewoongeraakt omwille van routineconsultaties, of wonen niet ver van het ziekenhuis.

"Voor mij is dat nu geen probleem, want ik woon niet ver van het ziekenhuis. Maar mensen die verder wonen, ja, dan kan ik mij wel voorstellen dat het lastiger is". (patiënt)

"'t'Is te zien om wat uur, hè. Vooral als ge om 8.30u in het ziekenhuis moet zijn, dan is het spits, hè." (patiënt)

"Het valt te zien hoe dat ge u voelt. Ja, als ge dringend naar het toilet moet omwille van uw ziekte (Ziekte van Crohn) dan is het niet te doen, hè. Dat is natuurlijk een oplossing dan, videoconsultatie. Als ge dus niet buiten kunt, omdat ge constant naar het toilet moet lopen." (patiënt)

"Verplaatsing? Verlies ik daar veel tijd mee? Een uur rijden en een uur terug. Maar ik ben het gewoon, hè. Ik ga dan altijd een tas koffie drinken en een koffiemoes eten. In de cafetaria... Ge maakt daar iets leuks van." (patiënt)

"Tijdverlies, ja. Maar dat niet alléén... Het is toch niet plezánt van naar het ziekenhuis te komen, hè? Als ge daar kunt wegblijven is het toch beter, hè?"

(ii) Meerwaarde ten opzichte van telefoon

Een voordeel waarover éénsgezindheid bestaat is de visuele meerwaarde ten opzichte van telefoon.

Die meerwaarde kan in de eerste plaats hulp bieden bij visueel onderzoek.

"Eigenlijk, de added value van videoconsultatie is: telefoon met beeld op. Wat je hebt met die videoconsultatie is: je ziet elkaar. Iemand kan al eens zijn buik laten zien, of een plek dat ie heeft...Er is toegevoegde waarde." (arts)

'Het voordeel is dat je iets kan zien. Als de patiënt zegt: "mijn gewrichten doen pijn en ze zwellen". Via de telefoon moet je dat geloven, maar vaak als je de patiënt ziet klopt dat toch niet helemaal." (arts)

Op die manier wordt ook een visuele screening en triage mogelijk, om urgenties in te schatten en prioriteiten te stellen.

"Dat geeft een veel beter beoordelingsniveau om te beslissen wanneer we de patiënt moeten zien. Het kan zo een hulpmiddel zijn om de juiste patiënt sneller bij de juiste arts te brengen" (arts)

De visuele meerwaarde kan ook verpleegkundigen helpen bij het evalueren en oplossen van technische problemen die patiënten ondervinden.

"Ik denk wel dat dat een meerwaarde zou hebben. Als zij zeggen: "ik kan hier moeilijk prikken, is dat een probleem of niet?" Als ze het tonen kunnen wij dat visueel inschatten en zeggen: "ge moet de naald iets platter leggen"."(verpleegkundige)

"Nu leggen ze dat uit aan de telefoon. Maar dan hangt het van onze verbeelding af wat ze juist bedoelen. Of als ze een probleem hebben, met hun toestel, kunnen ze het ons even laten zien. Dat zou handig zijn, want nu als ge telefoon krijgt, ge zijt dikwijls met andere dingen bezig. En dan moet ge al weer denken. Ach wacht dat toestel...hoe ziet dat er weer uit? Omdat ge ook met verschillende toestellen thuis zit." (verpleegkundige)

Naast het visueel onderzoeken van de patiënt of assisteren bij bepaalde technische ingrepen, brengt video ook een aanzienlijke psychologische meerwaarde. Een videoconsultatie, in vergelijking met een telefoon of email, kan zo een significante impact hebben op de therapeutische relatie.

"Ik zie meerwaarde in videoconsultaties want sommige mensen gaan veel liever het gezicht van iemand zien, hè. De meerwaarde is er wanneer de patiënt de arts graag eens ziet of de arts de patiënt wel eens wil zien" (arts)

"Het is als arts efficiënter om iemand in de ogen te kijken en te zeggen "ge moet stoppen met roken" dan te schrijven op een email "ge moet stoppen met roken". (arts)

"Meerwaarde is face-to-face waar patiënten zich beter bij voelen. Zo van "ik heb die persoon nog eens gezien. Ik weet dat die echt naar mij geluisterd heeft." En dus telefoon contact is low value contact versus videoconsultatie is high value contact." (arts)

"Meerwaarde is ook dat ge misschien met videoconsultatie mensen meer kunt zien. En weet ge, als ge iemand ziet... Ik heb hier daarnet nog een patiënt gezien die ik al een half jaar niet meer gezien had. Ik zeg "amai, ge ziet er veel beter uit". En dat is ook zo. Bloedwaarden zeggen één ding, maar het fysieke toch ook. Daardoor kan er een meerwaarde zijn via videoconsultatie." (verpleegkundige)

"Ge hoort dan een partner die daar soms tussenkomt. Op zich, als ge dan zou zeggen, videoconsultaties, eigenlijk ziet ge dan nét iets meer als puur verbale communicatie (via telefoon). Bijvoorbeeld een partner die zegt: neen, terwijl de patiënt zegt: ik doe dat alle dagen. Ge voelt dan wel van, daar is iets, maar ge ziet dat dan niet." (verpleegkundige)

(iii) Grondig onderzoek

Wellicht de grootste beperking van videoconsultaties is dat de arts de patiënt niet grondig kan onderzoeken, en dat de gebruikelijke medische testen (labo, medische beeldvorming) niet kunnen plaatsvinden.

"Het probleem is natuurlijk dat we ze niet volledig kunnen onderzoeken. Je gaat met videoconsultaties dus niet álles kunnen vervangen. Als we ze moeten onderzoeken, gaan we ze moeten zien, hè". (arts)

"Eigenlijk is het toch wel belangrijk dat de arts je kan onderzoeken, want soms denk je dat alles ok is, maar hij voelt even, en dan blijkt dat alles toch niet ok is. " (patiënt)

"Mijn gewrichten worden bekeken, betast en op geduwd. Dat kan veel moeilijker via videoconsult. Mijn huisarts zou dat ook kunnen, maar die lijkt mij daar veel minder voor opgeleid. Ook, hier wordt bloed genomen, urinestaal. Bloeddruk wordt gemeten." (patiënt)

Gewone consultaties in het ziekenhuis gaan dus meestal gepaard met bloedafnames, labotesten en eventuele medische beeldvorming. Indien de gewone consultaties vervangen worden door videoconsultaties, valt dergelijke informatie weg en wordt veiligheid dus een aandachtspunt.

"Een risico van videoconsultaties is natuurlijk dat we over minder labo-resultaten gaan beschikken aangezien ze niet naar hier komen om testen te laten uitvoeren." (arts)

"Als men videoconsultaties doet, en daardoor de bloedwaarden niet kent, is dat dan wel veilig? Allez, ik weet dat niet, zenne... Hoe groot is het risico? ... Want laat ons eerlijk zijn: als ge te lang wacht en er is iets mis... Den árts, die heeft dat misschien niet graag, maar gijzélft zijt wel het slachtoffer, hè." (patiënt)

Om veiligheidsredenen lijkt het daarom aangewezen videoconsultaties te laten gepaard gaan met home-based testen, of bloedafnames bij de huisarts.

“Wij beschikken voor IBD-patiënten over home-based testen. Zo is er een stoelgangtest, die patiënten zélf kunnen uitvoeren.” (arts)

Er blijkt echter nogal wat weerstand bij sommige artsen te bestaan.

“En ik weet, voor onze artsen, is dat wel heel belangrijk dat die bloedafname in het ZH gebeurt. Want we hebben daar al over gediscussieerd. Andere labo’s hebben soms andere parameters, of andere manieren van analyse. ...Artsen verkiezen nog altijd dat die labo’s hier gebeuren omdat dat dan altijd op dezelfde manier geanalyseerd wordt.” (verpleegkundige)

“Ja, als dat mag, hè (bloedafnames bij huisarts), want ik denk dat als ge bloed laat afnemen bij een huisarts en die stuurt dat door, dan nemen ze daar hier geen genoeg mee. Zij willen hier zélf afnemen, omdat er toch een verschil zou kunnen zitten in de controles. Ik liet soms bloed afnemen bij een andere arts. Ik deed dat soms. En met die waarden kwam ik hier. Neen, zij willen zélf bloed afnemen. Dat heb ik ondervonden.” (patiënt)

Zolang artsen erop aandringen dat bloedafnames en testen in het ziekenhuis worden uitgevoerd, valt een belangrijk voordeel van videoconsultaties, met name het uitsparen van een verplaatsing, weg. Eigenlijk kan dan evengoed een gewone consultatie plaatsvinden op het moment dat de patiënt in het ziekenhuis aanwezig moet zijn om testen te laten doorgaan. Het succes van videoconsultaties zal dus afhangen van de bereidheid om logistieke oplossingen te vinden om bepaalde testen buiten het ziekenhuis te laten plaatsvinden.

(iv) Wachttijden

Sterk verschillende verwachtingen vindt men tussen artsen en patiënten met betrekking tot het verhoopte effect van videoconsultaties op het aantal mogelijke contacten. Patiënten hopen hun arts sneller en regelmatig te kunnen zien. Ze verwachten kortere wachttijden. Artsen daarentegen zien geen mogelijkheid om door middel

van videoconsultaties tijd te winnen en het aantal patiëntencontacten zo te verhogen.

“Voor ons zal het geen tijdswinst betekenen...” (arts)

“Een videoconsultatie zal nét zo lang duren als een gewone consultatie. We gaan daar geen tijd mee winnen.” (arts)

“Een voordeel is toch wel sneller geholpen kunnen worden. Sneller geruststelling kunnen krijgen. Dat lijkt mij een heel groot voordeel... Ik wil niet wachten tot in oktober. Maar in juni zou misschien wel via videoconsult kunnen verlopen. Dat zou wel kunnen.” (patiënt)

“Als je daardoor om de 3 maanden in plaats van om de 6 maanden contact kan hebben, dan is het toch fijner. Ik vind een half jaar wel lang, vooral als je vragen hebt. Ik denk dat de drempel dan (met videoconsultaties) iets lager is. Nu maak ik lijstjes, en dan wordt dat een heel lang lijstje na 6 maanden.... Als je daarentegen met een vaste regelmaat van bijvoorbeeld 3 maanden contact hebt, dan kan je sneller je vragen voorleggen. Ik vind dat eigenlijk wel een voordeel.” (patiënt)

(v) Opname van videoconsultaties

In enkele interviews met zorgverleners kwam opname van videoconsultaties ter sprake, voor het eventueel laten herbekijken door patiënten of andere zorgverleners. De meningen hieromtrent zijn uitéénlopend.

“Wij nemen onze gewone consultaties toch ook niet op? Een geschreven verslag in het patiëntendossier is veel belangrijker. Zo van: “We hebben een videoconferentie gehad. We hebben dit en dat besproken. Punt...”. Foto’s en resultaten in het patiëntendossier zijn zeer belangrijk. Maar om gesprekken terug te gaan uitzenden: I don’t see the added value.” (arts)

“Ik weet dat er sommige artsen zijn die ook de informatiegesprekken zouden willen laten opnemen. En dat ge die opname meegeeft. Dat ze (=patiënten) nog eens opnieuw kunnen beluisteren. Sommige collega’s hebben daar ook wat weerstand. Stel dat sommige patiënten dat tegen u gaan gebruiken. Zie eens wat ge daar gezegd hebt.” (verpleegkundige)

“Daarom is het misschien wél goed dat het opgenomen wordt. En dan kan het ook in het dossier opgenomen worden. Ook voor ons is het dan duidelijk of we het dan gezegd hebben of niet. Ook weet ge dan of uw collega iets uitgelegd heeft of niet... Als iedereen zijn werk goed doet, en zijn verantwoordelijkheid neemt is het ok.” (verpleegkundige)

Als we samenvattend de voor- en nadelen van videoconsultaties bekijken komen we tot een aantal duidelijke bevindingen (Tabel 4).

Een belangrijk voordeel is dat ze een hogere patiënttevredenheid kunnen bewerkstelligen. Het aantal ziekenhuisbezoeken van de chronische patiënt kan significant dalen. Daarenboven vormen ze een sterke meerwaarde ten opzichte van

telefonische gesprekken. Niet enkel voor visueel onderzoek, maar ook voor technische en psychologische ondersteuning waar een chronische patiënt regelmatig behoefte aan heeft.

Als belangrijkste nadelen ten opzichte van een gewone consultatie zien allen de onmogelijkheid tot grondig onderzoek en tot medische testen die een klassieke consultatie in het ziekenhuis vergezellen. Hierdoor wordt veiligheid een aandachtspunt.

Het grootste verschil in standpunten vinden we tussen de verwachtingen van artsen en die van patiënten omtrent aantal contacten. Zo verwachten patiënten het comfort van frequenter contact met hun arts, terwijl artsen een dergelijk effect onmogelijk achten.

Tabel 4 : Voordelen en nadelen

	Artsen	Verpleegkundigen	Patiënten
<i>Voordelen</i>	hoge patiënttevredenheid	hoge patiënttevredenheid	hoge patiënttevredenheid
	- geen verplaatsing	- geen verplaatsing	- geen verplaatsing
	- geen file	- geen file	- geen file
	meerwaarde t.o.v. van telefoon	meerwaarde t.o.v. telefoon	meerwaarde t.o.v. telefoon
	- visueel onderzoek	- visueel onderzoek	- visueel onderzoek
	- visuele triage		
<i>Nadelen</i>		- technische ondersteuning	
	- psychologische ondersteuning	- psychologische ondersteuning	- psychologische ondersteuning
	geen grondig onderzoek	geen grondig onderzoek	geen grondig onderzoek
	- geen fysisch contact	- geen fysisch contact	- geen fysisch contact
	geen medische testresultaten	geen medische testresultaten	geen medische testresultaten
	- geen medische beeldvorming		
	- geen labotesten		
	minder veilig		minder veilig
	vermindert wachttijden niet		patiënt verwacht kortere wachttijden
	aantal patiëntencontacten kan niet toenemen		patiënt verwacht méér artsencontacten

DISCUSSIE

Validiteit

Uit dit onderzoek blijkt bij alle partijen een overwegend positieve ingesteldheid ten aanzien van videoconsultaties voor gebruik in chronische zorg. Zowel artsen, verpleegkundigen als patiënten achten ze haalbaar en onderschrijven een aantal voordelen. Toch moeten we die attitudes situeren in de juiste context. Om te beginnen is de steekproef zéér klein.

Ze bestaat uit slechts 14 participanten. Bovendien is ze tot stand gekomen via convenience sampling. De participerende artsen hebben zich immers spontaan aangemeld en werden niet gesampeld uit een breed aanbod dat zich aandiente. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundigen. Deze werden gerekruteerd vanuit de ziekenhuisafdelingen van de betrokken artsen.

De patiënten daarentegen werden niet gerekruteerd via het ziekenhuis, maar via patiëntenverenigingen.

Ook hier is echter sprake van convenience sampling. Er werd geen brede oproep gelanceerd (wegens de kleinschaligheid van dit onderzoek), maar enkele kandidaten werden vooruitgeschoven door vertegenwoordigers van de verenigingen. Er is dus wellicht sprake van een positieve vooringesteldheid. Desalniettemin werden alle interviews voldoende grondig gevoerd om niet enkel voordelen, maar evengoed nadelen en drempels voldoende aan het licht te brengen. Hierdoor kunnen we stellen dat het onderzoek voldoende genuanceerd is. Het betreft geen éénzijdig positieve blik, maar analyseert evenzeer negatieve aspecten en formuleert voldoende bedenkingen.

Financiële aspecten, zoals niet-terugbetaalbaarheid van videoconsultaties, zijn niet aan bod gekomen in dit onderzoek. Alhoewel dit een fundamentele belemmering is om het gebruik van videoconsultaties te faciliteren werd dit niet door participanten in dit onderzoek naar voren gebracht.

Rol van verpleegkundigen

Uit dit onderzoek is gebleken dat artsen en verpleegkundigen niet op dezelfde lijn zitten omtrent het gebruik van videoconsultaties voor het beantwoorden van terloopse vragen van patiënten. Deze vragen verlopen nu via telefoon. Dit aantal kan hoog oplopen bij chronische patiënten. Zo blijkt uit recent onderzoek over IBD verpleegkundigen dat ze 64% van hun tijd besteden aan het beantwoorden van dergelijke telefonische oproepen¹². Over telefonische gesprekken heeft ander onderzoek overigens uitgewezen dat ze voor opvolging van IBD patiënten even effectief zijn als gewone follow-up consultaties in het ziekenhuis¹³. Er lijkt dus niet onmiddellijk een reden te bestaan om deze telefonische gesprekken te vervangen door videoconsultaties aangezien telefonisch contact op zich voldoende doeltreffend en toereikend lijkt.

Toch zien we bij andere chronische ziekten, zoals COPD, een zéér goede relatie en kwaliteit van zorg ontstaan tussen verpleegkundigen en patiënten wanneer videoconsultaties worden aangewend¹⁴. Verder onderzoek lijkt dus aangewezen om de mogelijke inzet van verpleegkundigen voor videoconsultaties beter te evalueren.

Wachttijden

Patiënten verwachten dat videoconsultaties een mogelijkheid zullen bieden om hun arts sneller en regelmatig te zien. De meeste participerende

artsen achten videoconsultaties echter geen oplossing om wachttijden te verkorten.

Toch wijst onderzoek uit dat de wachttijden wel degelijk kunnen verkort worden. Voorbeelden hiervan vinden wij bij de telereumatologie. Recente studies wijzen uit dat videoconsultaties er niet enkel tijds- en kostenbesparend werken¹⁵, maar ook een visuele triage zeer goed mogelijk maken. Hierdoor kan men de meest dringende patiënt prioriteit geven en sneller zien^{16,17}. Door deze vroegtijdige detectie en behandeling wordt ernstige schade bovendien voorkomen, en zal de patiënt in de toekomst relatief minder consultaties moeten ondergaan. Hierdoor kunnen andere patiënten dan weer relatief sneller geholpen worden. We mogen dus spreken over een indirect gunstig effect op wachttijden. Het is weliswaar duidelijk dat louter een visueel onderzoek geen grondige opvolging mogelijk maakt. Vandaar dat verder onderzoek in de reumatologie aanraadt om videoconsultaties op regelmatige basis af te wisselen met gewone consultaties¹⁸.

In een breder perspectief, kunnen videoconsultaties weliswaar voor éénder welke specialistische zorg de wachttijden verkorten wanneer die zorg anders ontoegankelijk zou zijn, zoals bijvoorbeeld in afgelegen gebieden. Een voorbeeld daarvan zijn de telenefrologische consultaties die plaatsvinden in bepaalde gebieden van de Verenigde Staten¹⁹. Dit is weliswaar minder van toepassing in landen waar nagenoeg alle inwoners over nabije ziekenhuizen beschikken die chronische aandoeningen behandelen, zoals in dit onderzoek.

Inzetbaarheid op verschillende afdelingen

Uit dit onderzoek is gebleken hoe de mogelijke toepassingen van videoconsultaties onlosmakelijk verbonden zijn met de aard van de aandoening alsook de context waarin een afdeling opereert. Zo kampt elke afdeling met zijn eigen problematiek. De vraag of videoconsultaties dan zinvol zijn, kan slechts beantwoord worden door de specifieke situatie te analyseren, en haalbaarheid, voordelen en nadelen van videoconsultaties zorgvuldig af te wegen.

Zo bedragen de huidige wachttijden voor nieuwe patiënten bij de afdeling reumatologie ongeveer 10 weken. Nochtans is vroegtijdige detectie bij reumatoïde artritis cruciaal. Door de huidige wachttijden worden dringende patiënten echter niet tijdig gezien waardoor ernstige schade kan optreden. In dergelijke gevallen kan men videoconsultaties overwegen. Het voordeel van mogelijkheid tot

visuele triage weegt dan wellicht voldoende op tegen de moeilijker haalbaarheid voor een eerste patiëntencontact.

Op de afdeling nefrologie vindt men een andere situatie. Thuisdialyse-patiënten bieden zich aan als potentiële doelgroep voor videoconsultaties. Met dergelijke consultaties komt men immers tegemoet aan hun behoefte om zelfredzaam te zijn en zich zo weinig mogelijk naar het ziekenhuis te verplaatsen. Men kan hen via videoconsultatie bovendien gemakkelijk visueel-technische ondersteuning voor hun thuisdialysetoestellen aanbieden indien nodig. Maar deze voordelen moeten weliswaar gewogen worden tegen het nadeel van afwezigheid van labo-informatie aangezien de patiënt minder regelmatig het ziekenhuis bezoekt. Videoconsultaties zijn hier dus eventueel zinvol, maar enkel mits logistieke ondersteuning voor bloedafname en/of testen buiten het ziekenhuis.

Bij de afdeling gastro-enterologie en de behandeling van de Ziekte van Crohn is de situatie dan weerom verschillend. Hier kampen verpleegkundigen met patiënten die onverwachte opstoten en daarmee samengaande psychische instabiliteit ondergaan. Hier kunnen videoconsultaties wellicht helpen om psychologische ondersteuning te bieden. Dit lijkt echter niet op te wegen tegen de organisatorische onhaalbaarheid. De meeste contacten verlopen immers terloops, op onvoorziene momenten, wanneer verpleegkundigen videoconsultaties niet haalbaar achten.

CONCLUSIES

Zowel artsen, verpleegkundigen als patiënten zien een toegevoegde waarde in een implementatie van videoconsultaties voor chronische zorg. Allen achten videoconsultaties haalbaar nadat een goede vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de chronische patiënt is opgebouwd. Allen zien voordelen zoals het uitsparen van veelvuldige verplaatsingen, mogelijkheid tot visueel onderzoek en triage, waardevolle visuele communicatie en psychologische ondersteuning. Als belangrijkste nadeel ziet men de onmogelijkheid tot grondig onderzoek, labotesten en medische beeldvorming.

Toch zijn de verwachtingen niet steeds dezelfde. Artsen achten videoconsultaties inzetbaar voor beantwoorden van ad hoc vragen van patiënten door

verpleegkundigen, terwijl verpleegkundigen dit organisatorisch niet haalbaar vinden. Patiënten verwachten dat videoconsultaties kunnen leiden tot frequentere contacten, terwijl artsen dit niet mogelijk achten.

Tenslotte is uit dit onderzoek ook gebleken dat de zinvolheid van videoconsultaties onlosmakelijk verbonden is met de aard van de chronische aandoening en de context waarin een ziekenhuisafdeling opereert. Telkens moeten de criteria van haalbaarheid, voordelen en nadelen getoetst worden aan de specifieke problematiek. Daarna kunnen de criteria tegen elkaar gewogen worden en kan nagegaan worden of een implementatie van videoconsultaties voor die specifieke aandoening en in die specifieke afdeling werkelijk zinvol is.

REFERENTIES

1. Greenhalgh T, Vijayaraghavan S, Wherton J, *et al.* Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ Open*. 2016 Jan 29;6(1):e009388.
2. Armfield NR, Gray LC, Smith AC. Clinical use of Skype: a review of the evidence base. *J Telemed Telecare*. 2012 Apr;18(3):125-7.
3. Armfield NR, Bradford M, Bradford NK. The clinical use of Skype--For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *Int J Med Inform*. 2015 Oct;84(10):737-42.
4. Steel K, Cox D, Garry H. Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions. *J Telemed Telecare*. 2011;17(3):109-17.
5. Freeman KA, Duke DC, Harris MA. Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: does working alliance remain intact? *J Diabetes Sci Technol*. 2013 May 1;7(3):727-35.
6. Fatehi F, Gray LC, Russell AW, *et al.* Validity Study of Video Teleconsultation for the Management of Diabetes: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Diabetes Technol Ther*. 2015 Oct;17(10):717-25.
7. Rasmussen OW, Lauszus FF, Loekke M. Telemedicine compared with standard care in type 2 diabetes mellitus: A randomized trial in an outpatient clinic. *J Telemed Telecare*. 2016 Sep;22(6):363-8.
8. Hanna GM, Fishman I, Edwards DA, *et al.* Development and Patient Satisfaction of a New Telemedicine Service for Pain Management at Massachusetts General Hospital to the Island of Martha's Vineyard. *Pain Med*. 2016 Sep;17(9):1658-63.

9. Hubley S, Lynch SB, Schneck C, *et al.* Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry.* 2016 Jun 22;6(2):269-82.
10. Jenkins-Guarnieri MA, Pruitt LD, Luxton DD, *et al.* Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *Telemed J E Health.* 2015 Aug;21(8):652-60.
11. Kampik T, Larsen F, Bellika JG. Internet-based remote consultations - general practitioner experience and attitudes in Norway and Germany. *Stud Health Technol Inform.* 2015;210:452-4.
12. Coenen S, Weyts E, Geens P, *et al.* IBD Nurses as integral part of a multidisciplinary IBD team: prospective study on patient outcomes. *Jb Crohns Colitis.* 2017 Feb;11: S488
13. Akobeng AK, O'Leary N, Vail A, *et al.* Telephone Consultation as a Substitute for Routine Out-patient Face-to-face Consultation for Children With Inflammatory Bowel Disease: Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation. *EBioMedicine.* 2015 Aug 8;2(9):1251-6.
14. Dichmann Sorknaes A. Nurses' and Patients' Experiences of Tele-Consultations. *Stud Health Technol Inform.* 2016;225:885-6.
15. Kessler EA, Sherman AK, Becker ML. Decreasing patient cost and travel time through pediatric rheumatology telemedicine visits. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016 Sep 20;14(1):54.
16. Kulcsar Z, Albert D, Ercolano E, *et al.* Telerheumatology: A technology appropriate for virtually all. *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Dec;46(3):380-385.
17. Tejera Segura B, Bustabad S. A new form of communication between rheumatology and primary care: The virtual consultation. *Reumatol Clin.* 2016 Jan-Feb;12(1):11-4.
18. Roberts LJ, Lamont EG, Lim I, *et al.* Telerheumatology: an idea whose time has come. *Intern Med J.* 2012 Oct;42(10):1072-8.
19. Ladino MA, Wiley J, Schulman IH, *et al.* Tele-Nephrology: A Feasible Way to Improve Access to Care for Patients with Kidney Disease Who Reside in Underserved Areas. *Telemed J E Health.* 2016 Aug;22(8):650-4.