



Tijdschrift voor

jaargang 48 - nr. 3 - herfst 2023

HUMAN FACTORS



Dossier: Zorg op afstand

Toegepast: ErgoCutting snijplankverhoger

Hittestress in de cao

Human Factors streeft naar het zodanig ontwerpen van gebruiksvoorwerpen, technische systemen en taken, dat de veiligheid, de gezondheid, het comfort en het doeltreffend functioneren van mensen worden bevorderd.

Tijdschrift voor Human Factors is een uitgave van Human Factors NL, vereniging voor ergonomie. De vereniging tracht op basis van bovengenoemde omschrijving onderzoek te bevorderen, resultaten openbaar te maken, praktische toepassingen te stimuleren en uitwisseling van gegevens tussen belanghebbende vakgebieden te doen plaatsvinden.

Secretariaat van Human Factors NL
Utrechtsestraat 19
6811 LS Arnhem
leden@humanfactors.nl
www.humanfactors.nl

Redactie
dr. N.W. Wiezer, hoofdredacteur@humanfactors.nl
dr. O.A. Blanson Henkemans, olivier.blansonhenkemans@tno.nl
drs. P. van Dorst, pimvandorst@vhphp.nl
A. van der Have PhD, tuurvanderhave@kuleuven.be
dr. T. Luger, tessy.luger@med.uni-tuebingen.de
ir. M. Smulders, m.smulders@tudelft.nl
M. Tom, michieltom@shuntingyard.com
dr.ir. L.S.G.L. Wauben, l.s.g.l.wauben@hr.nl

Redactieraad
dr. A.H.M. Cremers, prof.dr.ir. J. Dul, drs. J. Jansen, prof.dr. M.P. de Looze, dr.ir. M. Melles, prof.dr.ing. W.B. Verwey

Technische redactie
Reijsegert to the point
Postbus 174, 3760 AD Soest
Telefoon: 035 693 6776
info@reijsegertothepoint.nl

Realisatie en ontwerp
Practicum, Soest
practicum.nl

Advertenties
Advertentiewinkel.nl
Postbus 174, 3760 AD Soest
Telefoon: 035 693 6776
info@advertentiewinkel.nl

Abonnementen
Het Tijdschrift voor Human Factors verschijnt vier maal per jaar. De abonnementsprijs bedraagt € 80,- per jaar (excl. 9% btw). Abonnementen kunnen ieder moment ingaan, doch slechts worden beëindigd indien schriftelijk vóór 1 december van de lopende jaargang is opgezegd en een bevestiging daarvan is ontvangen. Bij niet tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

Auteursrecht
Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets in deze uitgave worden veeleenvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.
ISSN 2405-7924

Richtlijnen voor Auteurs
zie www.humanfactors.nl

Persberichten
Persberichten kunt u sturen aan de (technische) redactie.

Coverfoto
Shutterstock

Dossier: Zorg op afstand

- Zorg op afstand in de dermatologie
- Beeldbellen in een preventieve setting
- Zorg op afstand in medisch-specialistische zorg
- Direct Discharge of isolated, stable, musculoskeletal injuries

Gastredacteur: Jogé Boumans i.s.m. Ilse Verstijnen

4

Toegepast

ErgoCuttung snijplankverhoger

Geen kostbare ingrepen zoals het hele keukenblad verhogen om de lichamelijke klachten van koks die langer zijn dan 1,80 meter, maar een reletief simpele en flexibel bruikbare snijplankverhoger.

Charlotte Strijd

27

Hittestress in de cao?

Werkenden worden steeds vaker blootgesteld aan hitte tijdens het werk. Dit artikel bevat een analyse van de afspraken die over 'werken in hitte' gemaakt zijn binnen cao's.

Jan Popma

28

Verder in dit nummer

Uit de vereniging

32

Het is alweer bijna 4 jaar geleden dat voor het eerst COVID-19 werd vastgesteld. De periode van de pandemie en van lockdowns lijkt lang geleden. Het was een periode van leed, maar ook van innovaties. De lockdowns en adviezen voor beperkingen van contact hebben vooral innovaties op het terrein van 'interactie op afstand' gestimuleerd. We deden ervaring op met 'samenwerken op afstand' en ook met 'zorg verlenen op afstand'. En we ontdekten dat deze interactie op afstand ook een aantal voordelen kent.



We zijn op grote schaal hybride gaan werken en ook in de zorg zijn we niet teruggedaan naar 'het oude normaal'. Voor een aantal aandoeningen is een aanpak (deels) op afstand ontwikkeld, die nog steeds wordt toegepast. Deze nieuwe interventies veranderen het systeem van zorgverlening en hebben invloed op het functioneren van het systeem, maar ook op het welbevinden van patiënten en behandelaars. Gastredacteur Jogé Bouwmans, programma manager Kwaliteit van Zorg bij ZonMW, stelde met Ilse Verstijnen een mooi dossier samen voor dit nummer, waarin vier zorg interventies op afstand centraal staan.

In de rubriek 'Toegepast' beschrijft Charlotte Strijd de 'Snijplankverhoger', een mooie ergonomische oplossing voor de horeca die bij kan dragen aan de inzetbaarheid van (schaars) personeel. Een toepassing die wellicht voor een aantal van u ook een oplossing voor uw keuken thuis kan zijn.

Het dossier in het eerste nummer van dit jaar ging over hittestress op de werkvloer. In zijn inleiding stelde gastredacteur Coen Bongers dat het van belang is dat passende maatregelen worden genomen om werknemers tegen hittestress te beschermen. Over die maatregelen zouden in arbocatalogi of in cao's afspraken gemaakt kunnen worden. Goede, onderbouwde afspraken tussen werkgevers en werknemers maken het voor werkgevers makkelijker om organisatorische maatregelen te nemen die de gezondheid van werknemers beschermen. Jan Popma onderzoekt de afspraken die gemaakt zijn tussen werkgevers en werknemers in Nederland over 'werken in hitte' en komt tot de conclusie dat deze afspraken vaak ontbreken. In de afspraken die er wel zijn, worden verschillende grenswaarden gehanteerd en niet alle wetenschappelijke kennis over het werken in hitte is meegenomen. Werk aan de winkel voor Human Factors specialisten op dit terrein stelt hij in zijn artikel in dit nummer.

Wij wensen u weer veel leesplezier!

Noortje Wiezer
Hoofdredacteur
hoofdredacteur@humanfactors.nl

Hoe een nood een deugd kon worden

We schrijven najaar 2021. Naar later bleek, had Nederland het grootste deel van de coronacrisis achter de rug, maar dat wisten we toen nog niet. We hielden serieus rekening met een toekomst waarin we als samenleving veel vaker alles ‘op afstand’ gingen doen. We hadden geklapt voor de zorgverleners die zorg leverden die niet op afstand geleverd kon worden. We hadden gemopperd op niet-meewerkende software als je moest overleggen met de collega met wie je normaliter gewoon een bureau deelde. Maar eind 2021 begon het te wennen. We konden thuis steeds beter ‘op afstand’ overleggen met onze collega’s en ook de zorg op afstand gebeurde lang niet altijd tot ontevredenheid van patiënt en arts. We hadden noodgedwongen onze weg gevonden en ons zelfvertrouwen begon te groeien dat we een lange periode van alles op afstand zouden aankunnen. We hadden de voordelen ervaren van op afstand werken met collega’s, maar we waren ook beter op de hoogte van de nadelen. Brainstormen met je collega’s doe je toch het beste face-to-face, maar even samen de agenda voor de komende meeting doorlopen kan prima op afstand.

Maar hoe was dat in de zorg? Terug naar het oude normaal? Nee, ook daar was het gevoel dat er nadelen zijn van ‘op afstand’ zorg leveren, maar we hadden zeker ook voordelen ervaren. Een ‘gevoel’ is echter niet evidence-based. Om tot het ‘nieuwe normaal’ te horen in de Nederlandse gezondheidszorg, moet de zorg voldoen aan de principes van EBM (Evidence Based Medicine). In dit geval betekent dat dat er voldoende bewijs moet zijn dat de interventie ‘op afstand’ tenminste net zo goed ‘werkt’ als zorg die direct, face-to-face, geleverd wordt.

Voldoende bewijs vraagt om gedegen onderzoek, vraagt om heldere definities, vraagt om afbakening (doelgroep, interventie en uitkomsten), vraagt om uitgebreide literatuur search en ‘evidence’ samenvattingen. Hieruit komen de condities naar voren waarin face-to-face-zorg veilig vervangen zou kunnen worden door zorg op afstand. Wanneer de beroepsgroepen deze condities opnemen in hun richtlijnen, is de cirkel rond. Zorgverleners en patiënten kunnen de aanbevelingen in de richtlijn volgen en kennen de voors en de tegens. Het doen van dergelijk onderzoek en het aanpassen van de richtlijnen vergt tijd, en dus geld. Bovendien stond dit onderwerp niet altijd prominent bovenaan op richtlijn-agenda’s. Om te voorkomen dat veel bij het oude zou blijven, terwijl er toch serieuze aanwijzingen waren dat zorg op afstand voordelen zou kunnen hebben, besloten ZonMw en het Zorginstituut Nederland in mei 2021 een subsidieronde te openen. Die resulteerde in zeven projecten.

We zijn nu ruim 2,5 jaar verder. Er zal een zevental richtlijnen of professionele standaarden aangepast worden. Vier van deze projecten beschrijven hun

onderzoek en hun bevindingen in dit tijdschrift. Daarnaast geeft de Patiëntenfederatie vanuit de literatuur over dit onderwerp en mede op basis van hun gesprekken met cliënten, een reflectie op deze bevindingen. Uit een tussentijds overzicht blijkt dat er verschillende algemene patronen zichtbaar worden rondom het opnemen van zorg op afstand in richtlijnen. Ze gaan hun weg vinden in een zogenoemde Generieke Module ‘Ontwikkeling generieke aanbevelingen digitale zorg’, die het Zorginstituut zal publiceren. Een module die ook andere richtlijnen kunnen ‘inpluggen’, waardoor de kennis over goede condities voor zorg op afstand nóg breder wordt verspreid.

Zo levert corona toch nog wat moois op, wie had dat eind 2021 kunnen bevroeden...

Over de gastredacteur



Jogé Boumans
ZonMw
Programmamanager Kwaliteit van Zorg
Programma Ontwikkeling
Kwaliteitsstandaarden
Programma Ondersteuning
Zorginstituut

In samenwerking met



Ilse Verstijnen
Team Ontwikkeling Wetenschap &
Internationale Zaken
Zorginstituut Nederland

Zorg op afstand in de dermatologie

Wat zijn de consequenties voor patiënten, zorgverleners en de maatschappij?

Dit onderzoek toont aan dat digitale consultatie, oftewel zorg op afstand, een haalbaar en veilig alternatief vormt voor face-to-face zorg voor patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem, die behandeld worden met biologics of andere systemische medicatie. Het merendeel van de patiënten beschouwt dit als een gunstig alternatief met praktische en financiële voordelen. Bovendien draagt digitale consultatie bij aan het verminderen van CO₂-emissies en mobiliteit. Een succesvolle implementatie van digitale consultatie vereist echter verdere verbeteringen in ICT-ondersteuning, patiëntenzorg, gebruiksvriendelijke systemen en passende vergoedingen voor zorgverleners die dit type consult aanbieden.

Juul van den Reek en Wynanda van Enst

Psoriasis en constitutioneel eczeem (CE) behoren tot de meest voorkomende inflammatoire huidziekten in Nederland, waarbij de prevalentie rond de 1 miljoen Nederlanders ligt (CBS, 2015). Deze chronische aandoeningen vereisen levenslange behandeling met medicatie die de ziekteactiviteit onderdrukt, waaronder biologics en andere systemische behandelingen. Traditioneel worden patiënten elke 3-6 maanden verwacht voor face-to-face (F2F) consulten op de polikliniek, om de behandelresultaten te beoordelen en de behandeling indien nodig aan te passen. Deze live controles kunnen belastend zijn voor patiënten, vooral wanneer de ziekte in remissie is, oftewel een vermindering van de ziekteverschijnselen. F2F controles resulteren vaak in gemiste werk- of schooltijd en confronteren patiënten met hun ziekte. Bovendien brengen ze aanzienlijke kosten met zich mee, zoals voor zorgpersoneel, faciliteiten en reiskosten door de patiënt.

Tijdens de coronapandemie vonden veel consulten op afstand plaats, wat positieve indrukken opleverde over de haalbaarheid en veiligheid hiervan. Desondanks werden na de pandemie in veel ziekenhuizen de F2F-consulten veelal hervat. Bij ongecontroleerde ziekteactiviteit of bij diagnostische vraagstukken zijn F2F-consulten noodzakelijk om de ziekteactiviteit nauwkeurig te beoordelen. Voor goed ingestelde behandelingen lijken F2F-consulten echter minder noodzakelijk. De vraag rijst welke balans tussen F2F-consulten en zorg op afstand (ZoA) wenselijk is voor zowel patiënt als dermatoloog.

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen onder welke voorwaarden en omstandigheden het voor patiënten en dermatologen wenselijk en veilig is om F2F-zorg te vervangen door ZoA voor patiënten met psoriasis of CE die biologics of andere systemische medicatie gebruiken.

Methode

Dit onderzoek bestond uit vier deelstudies: systematisch literatuuronderzoek, kwantitatieve data-analyse van de uitkomsten van zorg tijdens de covidpandemie vergeleken met de periode vóór de covidpandemie, kwalitatief onderzoek in de vorm van een enquête en interviews onder zorgverleners en zorggebruikers (patiënten) en tot slot een duurzaamheidsanalyse.

Systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van ZoA

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit en veiligheid van ZoA ten opzichte van F2F-zorg is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Een protocol van de review werd prospectief geregistreerd in PROSPERO (CRD42022303032). Op 1 mei 2023 is in Medline, Embase, CENTRAL en CINAHL gezocht om onderzoeken met betrekking tot zorg op afstand te identificeren. Bovendien werd grijze literatuur gezocht via de prospectieve trialregisters ClinicalTrials.gov en het International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), samen met een controle van referenties. Studies werden door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geselecteerd op basis van vooraf gespecificeerde

selectiecriteria. Data-extractie en risk of bias beoordeling werden tevens door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Vanwege de beperkingen in de studies en de hoge mate van heterogeniteit was een meta-analyse niet mogelijk.

Kwantitatieve data-analyse

Data uit prospectieve registers voor psoriasis en eczeem zijn geanalyseerd om de invloed van ZoA te beoordelen op de ziekteactiviteit en kwaliteit van leven van deze patiëntengroepen in de eerste fase van de pandemie (maart 2020-mei 2021), afgezet tegen de fase daarvoor (mei 2018-feb 2020), waarin ZoA zeer minimaal werd toegepast. Voor data over psoriasis is het BioCAPTURE-register met gegevens van 23 Nederlandse ziekenhuizen geanalyseerd. Ook werden gegevens uit het ChildCAPTURE-register onderzocht. Dit register bevat prospectieve data van kinderen en jongvolwassenen met psoriasis, behandeld in het Radboudumc. Voor evaluatie van constitutioneel eczeem zijn data uit het BioDAY-register geanalyseerd. Hierin zijn gegevens van 14 centra opgenomen.

Enquêtes en interviews

Een enquête voor zorgverleners en voor patiënten werd opgesteld door de onderzoeksgroep. De enquête bestond grotendeels uit multiplechoicevragen, waarbij in het geval van ervaringen en voorkeuren meerdere antwoorden konden worden ingevuld. De enquête werd getest en aangepast totdat de onderzoeksgroep, inclusief patiëntvertegenwoordigers, zich kon vinden in de vraagstellingen en antwoordopties. De enquête voor zorgverleners is verspreid via de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de enquête voor patiënten werd verspreid via de participerende patiëntenorganisaties, Psoriasispatiënten Nederland en Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE). Personen die de enquête invulden konden hun gegevens achterlaten wanneer zij bereid waren om deel te nemen aan een verdiepend interview.

Duurzaamheid

Gegevens over CO₂-emissie werden gebaseerd op het type vervoermiddel dat werd gebruikt gecombineerd met de reisafstand die patiënten in de enquête aangaven.

Resultaten

Systematisch literatuuronderzoek

De zoekactie leverde 1.351 records op, waarvan 11 artikelen aan de inclusiecriteria voldeden (Armstrong, 2015a, 2015b, 2018; Bergmo, 2009; Chambers, 2012; Ford, 2019; Kornmehl, 2017; Oostveen, 2014; Parsi, 2012; Van Os-Medendorp, 2012; Young, 2023). De gegevens hadden betrekking op vijf unieke gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's)

en één gecontroleerd onderzoek (CCT). Twee RCT's en de CCT richtten zich op patiënten met psoriasis, terwijl drie RCT's patiënten met constitutioneel eczeem beoordeelden. De onderzoeken hadden betrekking op online platforms voor gezondheidszorg op afstand, waarmee patiënten veilig informatie konden delen over de ernst van hun ziekte en konden communiceren met hun zorgverleners.

Uit de resultaten bleek dat ZoA vergelijkbare resultaten gaf als F2F wat betreft de ernst van de ziekte en de kwaliteit van leven. Ook waren er aanwijzingen dat ZoA potentiële kosten- en tijdsbesparingen voor patiënten op kan leveren.

Ondanks deze veelbelovende resultaten was de bewijskracht laag tot zeer laag vanwege het hoge risico op vertekening, klinische heterogeniteit en het beperkte aantal patiënten in de geïncludeerde onderzoeken. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het trekken van definitieve conclusies op basis van deze bevindingen.

Kwantitatieve data-analyse

Voor patiënten met psoriasis (BioCAPTURE en ChildCAPTURE register) en eczeem (BioDAY register) kwamen geen signalen naar voren dat de ziekteactiviteit, en de ziekte-gerelateerde kwaliteit van leven slechter was ten tijde van de pandemie, waarin veelzorgopafstand plaatsvond. Insensitiviteitsanalyses kwam juist een iets beter effect tijdens de pandemie naar voren ten aanzien van ziekteactiviteit en kwaliteit van leven. Deze verschillen zijn echter klein. We zagen ook geen toename aan opnames vanwege ziekte-exacerbaties terug in de data, wat impliceert dat het op dit vlak veilig is om meer ZoA toe te passen.

Enquêtes en interviews

Zorgverleners – De enquête werd door 152 zorgverleners ingevuld, voornamelijk dermatologen (76%) en arts-assistenten (20%). De meerderheid beschouwde zichzelf als digitaal vaardig (50%) of zeer vaardig (40%). De meeste respondenten (91%) hadden ervaring met ZoA en 70% toonde een positieve houding tegenover ZoA. Hoewel ZoA nog niet veel reguliere consulten vervangt, geloofde een aanzienlijk deel van de zorgverleners dat de helft of meer van de toekomstige consulten via ZoA zou kunnen plaatsvinden.

Zorgverleners gaven aan dat ze ZoA minder geschikt vonden voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden, taalbarrières of laaggeletterdheid, evenals patiënten met specifieke aangedane huidlocaties, zoals genitaliën en hoofdhuid.

Telefonische consulten werden het meest gebruikt en als bevredigend beoordeeld, terwijl e-mail- en videobelconsulten minder vaak werden gebruikt omdat dat niet direct gelinked was aan benodigde informatiebronnen (zoals het patiëntendossier). In tegenstelling tot wat veel mensen zullen denken,

Dossier: Zorg op afstand

vinden dermatologen een video of foto vaak onvoldoende geschikt om de huid te beoordelen. In de interviews werd toegelicht dat foto's veelal van onvoldoende kwaliteit zijn. Om het toekomstige gebruik van ZoA te verbeteren, benadrukten de respondenten de behoefte aan adequate vergoeding voor het leveren van deze zorg (nu wordt dit niet altijd vergoed/gedeclareerd), betere ICT-ondersteuning, gebruiksvriendelijke systemen, en meer tijd voor ZoA. Het patiëntenportaal (veilige digitale ziekenhuisomgeving waar patiënten kunnen inloggen) en de telefoon werden als de meest gewenste digitale middelen voor toekomstig gebruik beschouwd.

Vijf dermatologen werden uiteindelijk geïnterviewd. Zij onderstreepten het belang van het patiëntgerichte karakter van ZoA, maar benadrukten ook de noodzaak van facilitering en adequate vergoeding voor ZoA-consulten voor een succesvolle implementatie. Hoewel ZoA voordelen biedt voor patiënten en zorgverleners, dacht men niet dat het een kostenbesparende maatregel is omdat het vaak even veel tijd kost als een F2F-consult. Het onderzoek benadrukte het belang van het meenemen van zowel het perspectief van de patiënt als dat van de zorgverlener bij het ontwerpen en implementeren van ZoA-strategieën.

Patiënten – De enquête werd door 162 patiënten ingevuld. Patiënten hadden gemiddeld al 32 jaar last van de huidaandoening. 48% van de patiënten had psoriasis, 48% constitutioneel eczeem en 4% beide aandoeningen.

Op het moment van het onderzoek ontving 52% van de patiënten in enige mate ZoA. Patiënten gaven aan dat zij ZoA het minst geschikt vinden wanneer de psoriasis nog niet rustig is. Andere situaties waarbij ZoA minder geschikt lijkt waren: nieuwe huidklachten, bijwerkingen, nieuwe medicatie en afspraken met een onbekende arts. Patiënten maakten zich zorgen over het gebrek aan lichamelijk onderzoek en de beperkte mogelijkheid om hun huidaandoening te tonen tijdens virtuele consulten. De meerderheid van de respondenten had ervaring met telefonische consulten (88%), terwijl een kleiner percentage ervaring had met ZoA via patiëntenportaal, e-mail of apps (27%), en videobelconsulten (7%). Patiënten waardeerden telefonische consulten vanwege het tijdbesparende aspect, terwijl het onvermogen om hun huidaandoening fysiek te tonen als nadeel werd genoemd. Voor videobellen gold hetzelfde, waarbij de mogelijkheid om elkaar te zien zonder te reizen werd gewaardeerd, maar het niet fysiek kunnen tonen van de huidaandoening als een nadeel werd beschouwd.

Wat betreft toekomstige voorkeuren voor ZoA, gaf 15% aan zo veel mogelijk ZoA, 36% enige ZoA en 27% helemaal geen ZoA te wensen. Telefoongesprekken werden verreweg het meest gekozen als communicatiemiddel voor toekomstige ZoA (67%), gevolgd door videobellen (30%).

Interviews met elf patiënten waaronder een respondent die de Nederlandse taal niet beheerste lieten zien dat patiënten ZoA waarderen vanwege de praktische voordelen. Tegelijk erkenden ze ook de beperkingen ervan, vooral wanneer de ziekteactiviteit slecht gereguleerd was, of bij diepere psychologische kwesties. Een succesvolle implementatie van ZoA vereist aandacht voor het opbouwen van een behandelrelatie, duidelijkheid over het tijdstip van de afspraak en het overwinnen van technische uitdagingen in de dermatologische zorg.

Duurzaamheid – In een patiëntenenquête werden reisbewegingen voor ziekenhuisbezoeken uitgevraagd. De meerderheid van de respondenten kwam met de auto of taxi (74%), een kleiner aantal kwam te voet of per fiets (16%) of met het openbaar vervoer (11%). De gemiddelde retourafstand was 59 km per auto, 71 km met het openbaar vervoer en 8,9 km te voet of per fiets. De CO₂-emissie van de gehele groep, gewogen voor vervoermiddel en afgelegde kilometers, bedroeg meer dan 1 miljoen gram, oftewel 1000 kg CO₂. Een gemiddeld bezoek aan de dermatoloog, gebaseerd op deze groep respondenten, resulteerde in een CO₂-emissie van 6265,4 gram (Notz, 2016). Indien 500 patiënten met eczeem of psoriasis één fysiek consult zouden vervangen door ZoA, zou dit resulteren in een vermindering van maar liefst 3.132.700 gram CO₂-emissie.

Discussie

Zorg op afstand (ZoA) blijkt een veelbelovende en veilige benadering te zijn voor patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem die systemische medicatie gebruiken. Het systematische literatuuronderzoek toonde aan dat ZoA vergelijkbaar was aan face-to-face (F2F) zorg wat betreft ziekte-ernst en kwaliteit van leven, en het bood voordelen voor patiënten (bijvoorbeeld kortere reisafstanden en tijdsbesparingen). De kwantitatieve data-analyse bevestigde deze conclusies: tijdens de covidpandemie veroorzaakte ZoA geen significante verslechtering op het gebied van ziekte-ernst of ziekte-gerelateerde kwaliteit van leven voor patiënten met deze huidaandoeningen. Het kwalitatieve onderzoek benadrukte de positieve houding van zorgverleners en patiënten, maar wees ook op aandachtspunten als beeldkwaliteit en geschiktheid voor specifieke patiëntengroepen en huidlocaties.

Een belangrijk aspect van de implementatie van ZoA is het begrijpen van de langetermijneffecten van deze benadering van zorg. Terwijl de huidige studie veelbelovende resultaten laat zien wat betreft de effectiviteit en veiligheid van ZoA bij patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem, blijft het essentieel om te onderzoeken wat op de lange termijn de effecten zijn van ZoA. Een relevant onderzoeks-onderwerp is bijvoorbeeld de therapietrouw van

patiënten op de lange termijn. Bovendien is het van belang om de impact van ZoA op de behandelrelatie tussen patiënten en zorgverleners te onderzoeken. Hoewel ZoA de toegankelijkheid van zorg kan vergroten, kan het gebrek aan persoonlijk contact ook de kwaliteit van de interactie tussen patiënt en zorgverlener beïnvloeden. Onderzoek kan zich richten op de percepties en ervaringen van zowel zorgverleners als patiënten over de kwaliteit van de zorgrelatie bij ZoA en hoe dit kan worden geoptimaliseerd.

Bijdrage aan het Human Factors- vakgebied

Binnen deze studie is gekeken naar factoren voor implementatie van ZoA op verschillende lagen van het systeem van zorg voor mensen met psoriasis en constitutioneel eczeem, op het niveau van de vernieuwing (ZoA), de gebruiker (de professional), de organisatie en de omgeving (inclusief ICT, wet- en regelgeving, milieu en de patiënt). Dit is gedaan door de verschillende stakeholders te betrekken in onderzoek en bij hen belangrijke factoren boven tafel te krijgen. Wij denken dat ZoA leidt tot een betere systeemprestatie (meer kwaliteit, door patiënt gewenste innovaties en duurzaamheid) alsmede een toename van menselijk welbevinden (meer tevredenheid over de gegeven zorg door patiënten, zonder afname van kwaliteit van zorg). Een holistische aanpak, waarin zowel technologische als menselijke aspecten, alsmede de juiste stakeholders worden meegenomen, is ook essentieel voor succesvolle implementatie. Nieuwe technologieën kunnen de mogelijkheden van ZoA vergroten en de ervaring voor zorgverleners en patiënten verbeteren. Gebruiksvriendelijke apps en integratie in elektronische patiëntendossiers kunnen drempels verlagen en de acceptatie bevorderen. Tegelijkertijd moet er aandacht zijn voor het aanpakken van eventuele belemmeringen en zorgen van zowel zorgverleners als patiënten, en de optimalisatie van ICT-ondersteuning en adequate vergoeding voor ZoA-consulten voor zorgverleners. Door rekening te houden met deze aspecten kan ZoA op een succesvolle en duurzame manier geïmplementeerd worden, ten gunste van patiënten, zorgverleners en de gezondheidszorg als geheel. De bevindingen suggereren dat ZoA positieve resultaten oplevert en wenselijk geacht wordt door patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem. Wel zijn er nog stappen te gaan om het constructief te implementeren.



Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat digitale consultatie, oftewel zorg op afstand, een haalbaar en veilig alternatief kan zijn voor face-to-face zorg voor patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem die behandeld worden met biologicals of andere systemische medicatie. Het biedt veel praktische voordelen voor patiënten, naast het verminderen van CO₂-emissie en mobiliteit. De implementatie van digitale consultatie vraagt om verdere verbetering van ICT-ondersteuning, ondersteuning van patiënten, gebruiksvriendelijke systemen en adequate vergoeding voor zorgverleners voor dit type consult. Daarnaast benadrukt het onderzoek de noodzaak om bij het ontwerpen en implementeren van digitale zorgstrategieën rekening te houden met zowel het perspectief van de patiënt als dat van de zorgverlener om het succes ervan te waarborgen.

Financiering

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw (projectnummer 80-83900-98-20013), en gestart op 3 januari 2022.

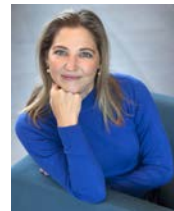
Referenties

Mileucentraal (2023) CO₂-uitstoot fiets, ov en auto. Bezocht op 4 augustus 2023 via <https://www.mileucentraal.nl/duurzaamvervoer/co2-uitstoot-fiets-ov-en-auto/>.
Notz, D., Stroeve, J. Observed Arctic sea-ice loss directly follows anthropogenic CO₂ emission. *Science*, 2016 Nov 11;354(6313):747-750. doi: 10.1126/science.aag2345. Epub 2016 Nov 3. PMID: 27811286.

Over de hoofdauteurs



Dr. J.M.P.A. van den Reek
Afdeling dermatologie
Radboudumc
Nijmegen



Dr. W.A. van Enst
Nederlandse Vereniging voor
Dermatologie en Venereologie
Utrecht

Overige werkgroepleden

prof. dr. Elke de Jong, dr. Marieke Seyger, Marta Pawlak MD, Sophie Wanten MD (allen Afdeling dermatologie, Radboudumc), Ying Chao Weng (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie), dr. Ewout Baerveldt (Afdeling dermatologie, IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel), I. van Ee (Psoriasispatiënten Nederland), Bernd Arents (Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem), prof. dr. L. Witkamp (KSYOS), prof. dr. M.S. De Bruin-Weller (Afdeling dermatologie, UMCU, Utrecht)

Beeldbellen in een preventieve setting

Aanbevelingen van ouders en professionals in de jeugdgezondheidszorg

Beeldbellen lijkt nog niet tot het reguliere aanbod van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te behoren. Een deel van de JGZ-professionals en ouders staat hier wel voor open. Voor de implementatie van beeldbellen in de JGZ is het belangrijk dat de randvoorwaarden op orde zijn en de professionals getraind worden in online communicatie en digitaal vakmanschap. De richtlijnmodule, praktijkkaart en folder voor ouders die tijdens dit project zijn ontwikkeld bieden informatie die ook bruikbaar kan zijn voor andere beeldbellende zorgprofessionals.

Madelon Meijer-Hoogeveen, Renate van Zoonen en Jacqueline Deurloo

Tijdens de coronapandemie ontstond in de gezondheidszorg plotseling de noodzaak om meer zorg op afstand aan te bieden. In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt al jaren, naast face-to-face contact, gebruikgemaakt van andere vormen van contact, zoals chatten, bellen of mailen. Vanwege de coronamaatregelen hebben verschillende JGZ-organisaties beeldbellen gebruikt om invulling te geven aan de momenten van contact met ouders en kinderen. Er zijn geen richtlijnen beschikbaar voor beeldbellen in de JGZ en het ontbreekt aan kennis over het gebruik van beeldbellen in een preventieve setting als de JGZ.

Eerder onderzoek in een klinische setting (psychische gezondheidszorg) heeft aangetoond dat de effecten van behandeling via beeldbellen grotendeels gelijk zijn aan die van face-to-face behandeling (Batastini e.a., 2021). Ook bij leefstijlinterventies (stoppen met roken, verminderen van alcoholgebruik, meer bewegen en verminderen van overgewicht) werd in de meeste gevallen geen significant verschil in effect van de interventie gezien tussen beeldbel-counseling en face-to-face counseling, en in sommige gevallen zelfs een groter effect in het geval van beeldbel-counseling (Byaruhanga e.a., 2020).

Klinisch werkende verpleegkundigen en verloskundigen stellen dat via beeldbellen een breder scala aan informatie verzameld kan worden, vergeleken met telefonisch of face-to-face contact, bijvoorbeeld door inzicht in de thuissituatie of overleg met een specialist op afstand (Penny e.a., 2018). Daarbij geven zij aan dat het succes van beeldbellen afhankelijk is van de mate van technische ondersteuning en training van verpleegkundigen en verloskundigen.

Belangrijkste geleerde lessen

- Er is geen onderzoek beschikbaar over beeldbellen in een preventieve setting als de JGZ, of naar het uitvoeren van ontwikkelingsonderzoek via beeldbellen. Nader onderzoek is daarom wenselijk.
- Ouders staan open voor beeldbellen met de JGZ-professionals.
- Ook ouders met beperkte digitale of gezondheidsvaardigheden staan open voor beeldbellen. Het bieden van praktische informatie kan hierbij ondersteunend zijn.
- Kwalitatief goede zorg op afstand vergt meer dan het kunnen gebruiken van de techniek. Het vraagt nieuwe competenties van JGZ-professionals: digitaal vakmanschap.

In de eerstelijns gezondheidszorg is 94-99% van patiënten zeer tevreden met beeldbellen, hoewel face-to-face contact als de 'gouden standaard' beschouwd wordt (Thiyagarajan e.a., 2020). Eerstelijns professionals hebben voorkeur voor face-to-face contact, met als voornaamste redenen: de beperkte mogelijkheden voor lichamelijk onderzoek of het beoordelen van de geestelijke gezondheid bij beeldbellen en verminderde mogelijkheid om de juiste onderzoeken te bepalen. Ook zijn er zorgen over het risico dat beeldbellen leidt tot ongelijkheid in zorg, omdat beeldbellen niet voor iedereen even toegankelijk is.

Het doel van dit onderzoek is om praktische aanbevelingen voor het gebruik van beeldbellen in een preventieve setting te formuleren voor (JGZ-)organisaties. Dit gebeurt op basis van ervaringen met beeldbellen in de JGZ, opgehaald bij ouders van jonge kinderen (0-4 jaar) en professionals. De aanbevelingen worden zo geformuleerd dat zij ook breed toepasbaar zijn in organisaties buiten de JGZ.

Methode

Voor dit onderzoek werden ouders en JGZ-professionals van drie JGZ-organisaties (GGD Hollands Midden, GGD Fryslân en Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM)) gevraagd om vragenlijsten in te vullen en deel te nemen aan focusgroepen en een ouderpanel. Via Pharos zijn laaggeletterde, laagopgeleide en/of minder digitaal vaardige ouders benaderd om deel te nemen aan het ouderpanel en de diepte-interviews.

De vragenlijsten zijn ontwikkeld op basis van eerdere kleinschalige onderzoeken naar beeldbellen in de JGZ en de resultaten van literatuuronderzoek. In de vragenlijsten zijn enkele vragen opgenomen over de bevorderende en belemmerende factoren voor de invoer van beeldbellen en ontwikkelingsonderzoek via beeldbellen. Hierbij is gebruikgemaakt van het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) (Fleuren e.a., 2014).

In samenwerking met een klankbordgroep, bestaande uit twaalf vertegenwoordigers van JGZ-organisaties, beroepsverenigingen en aanpalende organisaties met ervaring in zorg op afstand, zijn de onderzoeksresultaten vertaald naar praktische adviezen voor ouders, professionals en JGZ-organisaties. Deze adviezen zijn opgenomen in een richtlijnmodule over beeldbellen in de JGZ.



VIDEOBELLEN OVER UW KIND



Het ouderpanel, bestaande uit zeven ouders geworven via de JGZ-organisaties en Pharos, heeft geholpen om de resultaten van het onderzoek om te zetten naar een (digitale) informatiefolder over beeldbellen voor ouders, die beschikbaar wordt gesteld aan alle JGZ-organisaties.

De resultaten zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek. Voor deze analyse is het programma IBM SPSS Statistics versie 28 gebruikt.

Resultaten

De vragenlijsten zijn ingevuld door 72 JGZ-professionals (20 jeugdartsen en 52 jeugdverpleegkundigen) en 54 ouders (45 vrouwen en 9 mannen). Teams is het meest gebruikte medium voor beeldbellen, met grote afstand gevolgd door Zoom, Whatsapp en andere media. Ouders waarderen beeldbellen meer dan JGZ-professionals: respectievelijk met een cijfer 7,8 (spreiding 4-9) en 6,4 (spreiding 2-9) op een schaal van 1 (heel slecht) tot 10 (heel goed). JGZ-professionals lijken, gemiddeld genomen, meer reserves te hebben over beeldbellen dan ouders. Ouders zijn gemiddeld genomen enthousiaster, maar er zijn ook ouders die hun bedenkingen hebben. Ouders waarderen beeldbellen onder andere omdat het tijdswinst oplevert omdat er geen reistijd is, maar deze winst geldt niet voor JGZ-professionals. Bij JGZ-professionals levert beeldbellen soms extra werk op als ouders daarna alsnog langs moeten komen voor onderzoek bij het kind. Beeldbellen wordt zowel door ouders als JGZ-professionals het meest geschikt geacht voor korte opvoedvragen, en niet voor uitgebreidere vragen, het volgen van de ontwikkeling van het kind en situaties waarbij onderzoek van het kind nodig is.

Het betrekken van laagopgeleide, laaggeletterde en/of minder digitaal vaardige ouders bij het onderzoek verliep moeizaam. JGZ-professionals voelen een drempel om deze ouders te vragen om mee te doen aan onderzoek, omdat de thuissituatie al ingewikkeld genoeg is of omdat de band met deze ouders nog niet sterk genoeg aanvoelt. Ook zijn JGZ-professionals in de veronderstelling dat deze groep geen behoefte heeft aan contact via beeldbellen omdat het te ingewikkeld is. Via Pharos zijn vijf Marokkaans-Nederlandse moeders, met taalniveau A1 (beginnend taalgebruiker) en B1 (begrip alledaagse teksten) geïnterviewd. Uit deze interviews blijkt dat deze moeders wel graag de keuze krijgen voor contact via beeldbellen, maar dat zij behoefte hebben aan een duidelijke uitleg. In deze groep wordt het gebruik van programma's als Skype of Zoom als minder makkelijk ervaren dan Whatsapp. Ook heeft deze groep begeleiding nodig als de internetverbinding onverwacht niet goed werkt. Daarbij kan een taalbarrière voor verwarring zorgen omdat JGZ-professionals via beeldbellen vaker formele taal gebruiken dan tijdens face-to-face contacten.

Dossier: Zorg op afstand

Citaat uit diepte-interview met Marokkaans-Nederlandse moeder:

“Er zijn zoveel moeilijke woorden. Iemand belde mij van het CB. Ze vroeg: ‘Bel ik jou gelegen?’ Ik zeg: ‘Nee.’ Toen zei ze: ‘Dan bel ik je straks.’ Toen begreep ik het pas!”

Citaat uit diepte-interview met Marokkaans-Nederlandse moeder:

“Het is ook wel fijn denk ik, maar alleen met mijn man erbij, die gaat helpen, niet alleen. Het is ook wel makkelijk want dan blijf ik thuis. Ik kan praten met mijn man, hij helpt me.”

Hoewel 60% van de JGZ-professionals zegt in de toekomst gebruik te willen blijven maken van beeldbellen, ervaren JGZ-professionals wel belemmeringen op meerdere gebieden. Er zijn zorgen of de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft bij beeldbellen, en of er geen symptomen, signalen of ontwikkelingsproblemen gemist worden. De invulling van een digitaal contactmoment (bijvoorbeeld beeldbellen) is heel anders dan een fysiek contactmoment. Waar je in de spreekkamer allerlei attributen (zoals blokjes en op de ontwikkeling van het kind afgestemd speelgoed) tot je beschikking hebt om de ontwikkeling van het kind te beoordelen, kan dat digitaal niet. Het vraagt creativiteit om het contact via beeldbellen goed in te vullen. Professionals moeten de ruimte krijgen om hiermee te oefenen en te leren.

Citaat uit vragenlijsten JGZ-professionals:

“Beeldbellen is een goed alternatief op het moment dat fysiek contact niet mogelijk is, zoals tijdens de corona-epidemie. Maar het vervangt niet het fysieke contactmoment.”

Citaat uit vragenlijsten JGZ-professionals:

“Om ontwikkelingsproblemen op te sporen, dien je een kind fysiek te zien, wat mij betreft. Grote dingen kun je er denk ik wel via beeldbellen uithalen, maar juist kleine nuances niet. Bovendien is het kind niet altijd aanwezig tijdens de beeldbelafspraken, dus dat vind ik wel echt een gemis.”

Ook hebben JGZ-professionals die zelf minder digitaal vaardig zijn behoefte aan begeleiding vanuit de JGZ-organisatie, zowel in de vorm van training/opleiding vooraf, als in digitale ondersteuning tijdens de spreekuren. Hiermee kan de JGZ-organisatie het digitaal vakmanschap van de professionals bevorderen. JGZ-professionals geven aan dat verbingsproblemen soms het beeldbellen hinderen. Een goede internetverbinding is noodzakelijk om het digitale moment van contact met ouders/een kind nuttig te kunnen besteden. Het is voor JGZ-professionals helpend als het digitaal contactmoment vanuit het digitaal kinddossier kan worden gestart. Elke keer opnieuw moeten inloggen in Teams of een ander medium is



hinderend voor de voortgang van het spreekuur. Een andere oplossing kan zijn om beeldbelafspraken te clusteren in het spreekuur. Ten aanzien van veiligheid van het beeldbelcontact hebben JGZ-professionals behoefte aan een duidelijk beleid vanuit de JGZ-organisatie welke communicatiemiddelen wel en niet gebruikt mogen worden.

Discussie

Dit is, voor zover ons bekend, het eerste onderzoek naar zorg op afstand in een preventieve setting. Wij hebben de ervaringen met beeldbellen in de JGZ opgehaald bij ouders van jonge kinderen en JGZ-professionals. Ouders waarden beeldbellen gemiddeld hoger dan JGZ-professionals, die meer belemmeringen zien voor het gebruik van beeldbellen in de JGZ en minder voordelen ervaren.

Een van de belemmeringen die JGZ-professionals ervaren, is dat er zorgen zijn of de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan blijven via beeldbellen. Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg via beeldbellen minder is dan via face-to-face contact, zowel in geval van klinische behandelingen in de psychische gezondheidszorg (Batastini e.a., 2021), als bij het inzetten van leefstijlinterventies (Byaruhanga e.a., 2020). Of preventief ontwikkelingsonderzoek in de JGZ ook uitgevoerd kan worden via beeldbellen moet nog verder worden onderzocht. Zowel ouders als professionals in dit onderzoek vinden beeldbellen in de JGZ het meest geschikt voor korte opvoedvragen.

Bijdrage aan het Human Factors- vakgebied

Om beeldbellen in de JGZ goed te kunnen implementeren binnen het systeem van de JGZ, is het nodig om de bevorderende en belemmerende factoren goed in kaart te brengen. In deze studie zijn de behoeften van JGZ-professionals en ouders naar het gebruik van beeldbellen in de context van de JGZ onderzocht. JGZ-professionals verwachten van hun organisatie dat zij beeldbellen faciliteren, niet alleen door zorg te dragen voor goede werkprocessen en -instructies voor beeldbellen, maar ook door te zorgen dat de randvoorwaarden en praktische bevorderende factoren op orde zijn. Er moet een geschikt apparaat zijn, een programma om mee te kunnen beeldbellen en een voldoende snelle en betrouwbare internetverbinding. De gekozen communicatiemiddelen moeten voldoen aan de privacy- en veiligheidseisen. Werken met twee beeldschermen maakt het mogelijk om tegelijkertijd de ouder/het kind te zien en in het digitaal dossier te werken. Een koptelefoon kan zorgen voor optimale geluidskwaliteit. Sprekuren moeten bij voorkeur efficiënt gepland worden, met clusters van beeldbelcontacten, zodat er niet steeds opnieuw hoeft te worden ingelogd. Het is wenselijk dat er korte pauzes gepland worden tussen twee beeldbelsessies. Dit geeft de professional tijd voor rapportage na afloop, en voorkomt lichamelijke problemen door langdurig in dezelfde houding te werken. De JGZ-organisatie moet training en opleiding ten behoeve van het digitaal vakmanschap voor de JGZ-professionals faciliteren en zorgen dat er technische ondersteuning beschikbaar is. Training en opleiding van JGZ-professionals is belangrijk om het digitale moment van contact met de ouder/het kind optimaal te kunnen benutten. Voor ouders moet er praktische informatie over beeldbellen beschikbaar zijn, zodat beeldbellen voor alle ouders toegankelijk is. Er is eerder een systematische review gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren voor beeldbellen in een klinische setting (Almathami e.a., 2020). In deze review worden vier belangrijke randvoorwaarden genoemd voor het gebruik van beeldbellen: veiligheid, privacy, toegang tot (voldoende snel en stabiel) internet en een geschikt apparaat (tablet, mobiel, etc.). Deze komen dus overeen met de bevindingen van onze studie in de JGZ-setting.



Conclusie

Beeldbellen in de preventiesector heeft, net als in andere zorgdomeinen, potentie. Ouders waarderen de mogelijkheid van beeldbellen naast de reguliere face-to-face momenten van contact, met name vanwege tijdsefficiëntie. Professionals ervaren minder meerwaarde, maar zien wel voordelen voor het laagdrempelig beantwoorden van korte opvoedvragen. Om optimaal gebruik te kunnen maken van zorg op afstand in de JGZ, in de vorm van beeldbellen, is het voor (JGZ-)organisaties belangrijk om de randvoorwaarden zoals vastgesteld in dit onderzoek te vervullen.

Referentielijst

- Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E (2020). Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res*, 22(2), e16407.
- Batastini AB, Paprzycki P, Jones ACT, MacLean N (2021). Are video-conferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clin Psychol Rev*, 83, 101944.
- Byaruhanga J, Atorkey P, McLaughlin M, Brown A, Byrnes E, Paul C, e.a (2020). Effectiveness of Individual Real-Time Video Counseling on Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity, and Obesity Health Risks: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 22(9), e18621.
- Penny RA, Bradford NK, Langbecker D (2018). Registered nurse and midwife experiences of using videoconferencing in practice: A systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs*, 27(5-6), e739-e752.
- Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020.

Over de auteurs



Dr. M. Meijer-Hoogeveen
Onderzoeker en adviseur
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid



R. van Zoonen
Onderzoeker en projectleider
TNO, Child Health



Dr. J. A. Deurloo
Onderzoeker, arts Maatschappij +
Gezondheid
TNO, Child Health en GGD Hollands
Noorden

Zorg op afstand in medisch-specialistische zorg

Eerste geleerde lessen bij de ontwikkeling van aanbevelingen in richtlijnen

Zorg op afstand (ZoA) is tijdens de covidpandemie uit noodzaak versneld toegepast in de medisch-specialistische zorg, met uiteenlopende modaliteiten, zonder vooraf bepaalde bewijskracht voor kwaliteit, doelmatigheid of ervaringen van patiënten zoals gebruikelijk is. Richtlijnen zijn belangrijk voor het kwaliteitsbeleid van de Federatie Medisch Specialisten. Dit artikel beschrijft hoe ZoA een plek kan krijgen in medisch-specialistische richtlijnen. Het bewijs uit de literatuur over ZoA is beperkt. Op basis van ervaringen en wensen van patiënten en zorgverleners zijn aanbevelingen opgesteld. Inclusief een afwegingskader, zodat arts en patiënt samen kunnen beslissen over de inzet van ZoA.

Dian Ossendrijver, Machteld van Rooijen, Liza van Mun, Marjolijn Bartels, Peter Wahab, Margreet Wessels, Rudy Nuijts en Janke de Groot

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) wordt zorg op afstand (ZoA) genoemd als een belangrijk onderdeel van 'passende zorg'. ZoA is binnen dit project afgebakend als 'zorgactiviteiten tussen patiënt en zorgverlener die op afstand plaatsvinden, waarbij het gaat om zowel digitale zorg als tele- en/of belconsulteren. Deze zorgactiviteiten kunnen synchroon (gelijktijdig contact tussen patiënt en zorgverlener) of asynchroon (zorgvraag en respons zijn niet gelijktijdig, bijvoorbeeld online een vraag stellen die later wordt beantwoord) plaatsvinden.'

In 2019 was ZoA, in de vorm van e-health, nog geen standaard onderdeel van de dagelijkse praktijk (Wouters et al., 2019). De covidpandemie bleek een katalysator voor de toepassing van het gebruik van ZoA: uit een peiling van de Federatie Medisch Specialisten gaf 90% van de 800 respondenten, bestaande uit medisch specialisten werkzaam in algemene en universitaire ziekenhuizen, ggz-instellingen en zelfstandige klinieken, aan meer gebruik te hebben gemaakt van ZoA tijdens de coronacrisis. 88% gaf aan hier in dezelfde of mindere mate mee door te willen gaan na de coronacrisis (Federatie Medisch Specialisten, 2020). Het ging hierbij onder andere om telefonische consulten (88% wil door), beeldbellen (50% wil door) en telemonitoring (21% wil door). Tegelijkertijd is grote praktijkvariatie ontstaan in het aanbod en gebruik van uiteenlopende modaliteiten, zonder bewijzen voor kwaliteit, (kosten) effectiviteit en ervaringen van patiënten.

Hoewel de Federatie Medisch Specialisten (FMS) de inzet van ZoA als een belangrijk middel ziet om de hoge kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg in de toekomst te borgen, is ZoA geen doel op zich. Het is daarom belangrijk om kritisch te onderzoeken wat wel en niet werkt, voor wie, onder welke omstandigheden en welke randvoorwaarden gelden. Richtlijnen vormen een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid binnen de medisch-specialistische zorg. Zij beschrijven goede zorg op basis van literatuur, voorkeuren en wensen vanuit patiëntperspectief en ervaringen en randvoorwaarden vanuit het zorgverlenerperspectief. Het doel van dit project is om te onderzoeken hoe en onder welke voorwaarden ZoA onderdelen van het zorgproces kan vervangen (met behoud van kwaliteit van zorg), en hoe dit zich vertaalt naar aanbevelingen in medisch-specialistische richtlijnen.

Methode

Deze zoektocht naar de plaats van ZoA in medisch-specialistische richtlijnen gebeurde in drie fasen (zie afbeelding 1). Dit artikel richt zich op het onderdeel van de ontwikkeling van aanbevelingen over ZoA in medisch-specialistische zorg, volgens het huidige richtlijnontwikkelingskader van de FMS en een concepthandreiking over ZoA in richtlijnen, ontwikkeld in de eerste fase. Een samenvatting van de gebruikte concepthandreiking is terug te vinden in tekstbox 1 (pagina 14).

Ontwikkeling aanbevelingen

Voor de ontwikkeling van aanbevelingen over ZoA bij twee verschillende richtlijnen ('Cataract' en 'Coeliakie en glutengerelateerde aandoeningen') zijn twee modules ontwikkeld met de gebruikelijke begeleiding van het Kennisinstituut (zie afbeelding 2). De uitwerking van de aanbevelingen in de richtlijn gebeurde binnen twee bestaande multidisciplinaire werkgroepen voor de richtlijnen 'Cataract' en 'Coeliakie en glutengerelateerde aandoeningen'.

De twee richtlijnen zijn gericht op verschillende populaties (kinderen/jongeren, volwassenen en ouderen), verschillende zorgprocessen (chronische en subacute zorg) en diverse vormen van ZoA (follow-up consulten en postoperatieve metingen). Hiermee wordt beoogd meer inzicht te krijgen in de diversiteit aan vraagstukken die spelen rond het thema ZoA. De samenstelling van de werkgroep en specifieke uitgangsvragen van de twee richtlijnen staan weergegeven in tabel 1 (zie resultatensectie).

Voor het uitvragen van ervaringen, waarden en voorkeuren met ZoA zijn vragenlijsten uitgezet via de patiëntenorganisaties en de wetenschappelijke verenigingen voor zorgverleners (NVK, NVMDL, NOG, V&VN). De Oogvereniging heeft naast een vragenlijst ook nog een focusgroep georganiseerd om meer verdiepende informatie op te halen.



Tekstbox 1. Samenvatting Handreiking Zorg op afstand in medisch-specialistische richtlijnen.

Concepthandreiking

Vorbereitung

1. Zorg voor expertise over zorg op afstand in de werkgroep.
2. Organiseer achterbanraadplegingen (survey en/of groepsinterview) bij patiënten én zorgverleners.
3. Organiseer een extra co-creatiesessie (zorgverleners + patiënten) voor het formuleren van een knelpunt.

Ontwikkeling

4. Breng het zorgproces in kaart en bepaal hierin de mogelijkheden voor zorg op afstand.
5. Stel een PICO op volgens geformuleerde knelpunten (afhankelijk van de vraag generiek of specifiek).
6. Schrijf géén aanbevelingen over specifieke apps, maar over voorwaarden en functionaliteiten waaraan tools moeten voldoen.
7. Verwijs naar de generieke module voor randvoorwaarden, afwegingskader en implementatie (oplevering voorjaar 2024).

Afbeelding 1. Fasering project.

Procesevaluatie

Na het ontwikkelen van de aanbevelingen over ZoA vond een procesevaluatie plaats. Doel was geleerde lessen en implicaties voor de toekomst uit dit project op te nemen in een handreiking over de ontwikkeling van aanbevelingen over ZoA in medisch-specialistische richtlijnen. De uitkomsten worden samengevat in de discussie.

Resultaten

Literatuur

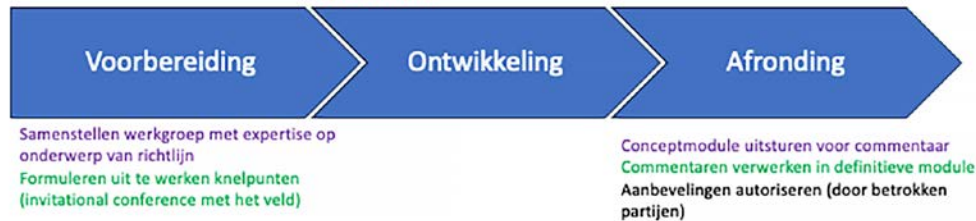
Een korte samenvatting van de zoekvraag (PICO), de search, systematische GRADEbeoordeling en resultaten uit de literatuur voor zowel de coeliakie- als cataractmodules zijn terug te lezen in tabel 1. Beide modules zijn binnenkort volledig terug te lezen in de richtlijndatabase van de FMS (richtlijndatabase.nl). De bewijskracht uit de literatuur voor vergelijkbare uitkomsten van ZoA was laag in beide modules (Månsson et al., 2022; Wanten et al., 2023), met uitzondering van de bewijskracht op de uitkomstmaat therapietrouw bij coeliakie, waarvoor redelijk bewijs werd gevonden voor effectiviteit van ZoA.

Dossier: Zorg op afstand

Verantwoordelijken:

- Richtlijnenmethodoloog
- Werkgroepleden
- Gezamenlijk

Knelpunten vertalen naar uitgangsvraag
 Uitgangsvraag vertalen naar zoekvraag met PICO
 Literatuursearch (literatuurspecialist)
 Literatuurselectie
 Samenvatting en GRADE beoordeling literatuur
 Overwegingen bij het bewijs
 Voorkeuren/waarden van patiënten
 Ervaring zorgverleners
 Kosten/effectiviteit
 Schrijven van aanbevelingen als antwoord op het knelpunt



Afbeelding 2. Overzicht richtlijnenontwikkelproces inclusief verantwoordelijken.

Tabel 1. Samenvatting verschillende onderdelen van de richtlijnen coeliakie en cataract.

| Richtlijn | Coeliakie | Cataract |
|---|--|--|
| <i>Achtergrond</i> | Coeliakie is een veel voorkomende auto-immuun darmziekte bij zowel kinderen als volwassenen, die wordt uitgelokt door de inname van gluten. De behandeling bestaat uit een levenslang glutenvrij dieet, dat impact heeft op de kwaliteit van leven. In Nederland zijn naar schatting 80.000 mensen bekend met de ziekte. Traditioneel worden mensen met coeliakie poliklinisch gevolgd door (kinder)maagdarmlieverartsen. Zowel patiënten als artsen hebben dringend behoefte aan goed onderbouwde adviezen voor de follow-up met ondersteuning van verschillende e-health modaliteiten. | De gemiddelde leeftijd bij een cataractoperatie is 70-75 jaar. Vanwege de leeftijd en verminderd zicht in de periode rondom de operatie moet voor een ziekenhuisbezoek vaak een beroep worden gedaan op derden voor vervoer/begeleiding. Met ongeveer 175.000 cataractoperaties per jaar in Nederland is dit een zeer veel voorkomende operatie. Vanwege het hoge aantal heeft de vervanging van één ziekenhuisbezoek per traject door een andersoortig consult (bijvoorbeeld het thuis uitvoeren van een gezichtstscherpmeting) al grote impact en kan leiden tot een enorme efficiëntieslag. |
| <i>Onderzoeksvraag</i> | Wat is een mogelijke rol van consulten op afstand (telefoon, e-consult, videobellen etc.) in het zorgproces voor patiënten met Coeliakie? | Wat is de rol van metingen en kunstmatige intelligentie op afstand in het post-operatieve zorgproces? |
| <i>PICO-vraag</i> | P: Patiënten met coeliakie (alle leeftijden) I: Alle soorten ZoA-interventies tijdens behandeling en/of follow-up C: Reguliere zorg en follow-up in de klinische setting O: Therapietrouw glutenvrij dieet, kennis over glutenvrij leven, kwaliteit van leven | P: Patiënten in de post-operatieve fase na cataract operatie. I: Digitale tools voor het meten van visus, refractie, oogdruk, beoordeling van media en fundi, complicaties. C: Reguliere follow-up in de klinische setting. O: Validiteit van de meetinstrumenten. |
| <i>Bewijskracht literatuur</i> | Redelijk bewijs voor vergelijkbare therapietrouw glutenvrij dieet. Laag bewijs voor vergelijkbare kennis over glutenvrij leven en kwaliteit van leven. (Mansson et al., 2022) | Laag bewijs voor positieve validiteit voor het meten van visus op afstand (Wanten et al., 2022). Geen bewijs voor overige uitkomstmaten. |
| <i>Voorlopige aanbevelingen</i> | Bespreek met de patiënt de beschikbare mogelijkheden van zorg op afstand in de verschillende fasen van hun ziekte. Beslis samen met de patiënt (of ouders/verzorgers) of en welke mogelijkheden van zorg op afstand worden ingezet. | Bespreek de beschikbare mogelijkheden van zorg op afstand in de postoperatieve cataractzorg met de patiënt. Beslis samen met de patiënt of het inzetten van zorg op afstand mogelijk is. Maar let op! Niet het gehele post-operatieve traject kan op afstand worden aangeboden. |
| <i>Afwegingskader wanneer ZoA mogelijk is</i> | (Lab)uitslagen inzien. Educatie (e-learning, groepsconsulten). Monitoring klachten. (Jaarlijkse) controle behandeling. Bespreken van uitslagen. | Telefonische follow-up. Online informatie over de cataractoperatie. Eventueel de online visusmeting als screeninginstrument. |
| <i>Afwegingskader wanneer een fysiek consult nodig is</i> | Eerste contact. Lichamelijk onderzoek. | Co-morbiditeit, hoog-risicopatiënt. Beoordeling van het oog. |

Waarden en voorkeuren van patiënten

In de literatuur over ZoA bij coeliakie worden over het algemeen positieve ervaringen van patiënten gemeld, met als belangrijkste voordeel de flexibiliteit in timing en locatie van het consult. Patiënten vonden als belangrijkste nadeel dat er minder persoonlijk contact wordt ervaren bij digitale consulten. In de literatuur over ZoA na een cataractoperatie gaven patiënten aan tevreden te zijn met thuisoogmetingen, maar tegelijkertijd ook onzeker te zijn over het goed uitvoeren van de meting, waardoor het gevoel overheerste dat de meting bij de oogarts beter is dan een meting thuis. De uitkomsten van de vragenlijst onder patiënten met coeliakie en cataract komen grotendeels overeen met de literatuur (zie tabel 2). Tijdswinst en flexibiliteit in planning worden ook in de vragenlijst genoemd als belangrijkste voordelen. Gebrek aan persoonlijk contact wordt als grootste nadeel genoemd vanwege het gemis aan nuance in de communicatie. Tegelijkertijd wordt de inhoud van een ZoA-consult wel als gelijkwaardig ervaren. Voor de oudere patiënten na cataractoperatie is het fijn om minder afhankelijk te zijn van anderen voor vervoer naar het ziekenhuis, maar tijdens een focusgroep werd ook gezegd dat een ziekenhuisbezoek soms als uitje wordt ervaren. Verder werden door beide patiëntengroepen zorgen geuit over de digitale vaardigheden van patiënten en was de wens om ZoA ook na de covidpandemie te continueren wisselend.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie bij professionals

Resultaten van de vragenlijsten bij zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met coeliakie en cataract zijn te vinden in tabel 3.

Door werkgroepleden werd voornamelijk het gemak voor de patiënt genoemd als groot voordeel. Onder de zorgverleners betrokken bij coeliakie geeft een groot deel aan het eerste contact en lengte- en gewichtsmetingen liever fysiek te willen doen vanwege kennismaking en wegens twijfels over de betrouwbaarheid van metingen op afstand. Verder vonden zorgverleners bij kinderen het in sommige situaties lastig om op afstand de interactie tussen ouder en kind te beoordelen. Zorgverleners betrokken bij cataract geven aan dat ZoA voornamelijk geschikt is voor het doorgeven van uitslagen en het bespreken van het zorgtraject, zeker met de beperkte beschikbare literatuur. Een ander punt betrof de noodzaak van het verzamelen van uitkomstparameters in het kader van de Kwaliteitsregistratie Cataract. Zolang er geen goede thuismetingen mogelijk zijn, blijft een fysiek contact voor het postoperatieve consult noodzakelijk.

Daarnaast moeten zowel patiënten als zorgverleners voldoende digitaal vaardig zijn om gebruik te kunnen maken van ZoA. Bovendien wil ook niet iedere patiënt ZoA. De zorgverlener moet dus vooraf en samen met de patiënt een inschatting maken van de haalbaarheid en wenselijkheid van ZoA bij de individuele patiënt. Dit leidt tot een ander belangrijk punt: ZoA is niet voor iedereen haalbaar of wenselijk. De toegankelijkheid tot en het recht op fysieke zorg blijft essentieel. Dit sluit aan bij een recent standpunt van de KNMG over het keuzerecht bij digitale zorg (KNMG, 2021a).

Kosten en efficiëntie

Kostenreductie of efficiëntie van zorg zijn vaak genoemde argumenten voor het inzetten van ZoA. Sterk bewijs voor een daadwerkelijke kosten-effectiviteit, met name op de langere termijn, ont-

Tabel 2. Achtergrond en getallen achterbanraadpleging bij patiënten.

| Richtlijn | Coeliakie | Cataract |
|------------------------------------|---|---|
| <i>Patiëntenorganisatie</i> | Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV) | Nederlandse Oogvereniging |
| <i>Aantal; gemiddelde leeftijd</i> | 130 patiënten; 51,5 jaar | 14 patiënten; 72 jaar |
| <i>Ervaring met ZoA (ja, %)</i> | 113 (87%) | 5 (36%) |
| <i>Cijfer ZoA (schaal 1-10)</i> | 7 of 8 door 55% van respondenten | 7.6 gemiddeld |
| <i>Voordelen zorg op afstand</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Sneller: geen reistijd of wachttijd. - Flexibel inplannen. - In eigen tijd voorbereiden en nalezen. - Laagdrempeliger contact. | <ul style="list-style-type: none"> - Geen reistijd. - Gemakkelijk in te plannen. - Niet afhankelijk van anderen voor vervoer. - Minder stressvol en rustiger dan ziekenhuis bezoek. |
| <i>Nadelen zorg op afstand</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijk contact ontbreekt. - Systemen werken niet altijd goed. - Gesprekken voelen gehaaster. | <ul style="list-style-type: none"> - Geen persoonlijk contact. - Soms lang wachten tot je wordt teruggebeld. - Voor oudere patiënt: ziekenhuisbezoek is ook een 'uitje'. |

Dossier: Zorg op afstand

breekt in de gevonden literatuur. Wat opvalt in de literatuur is dat de aangeboden ZoA niet altijd een vervanging is van reguliere zorg, maar vaak een extra moment van zorg is. In aansluiting hierop geven zorgverleners aan dat ZoA mogelijk niet leidt tot minder zorg, maar juist tot meer zorg, omdat het bijvoorbeeld makkelijker wordt voor patiënten om tussendoor vragen te stellen of omdat ZoA toch niet een volledige vervanging van zorg blijkt en patiënten alsnog voor een vervolconsult naar de spreekkamer komen.

Aanbevelingen

Op basis van de literatuur en bovenstaande overwegingen zijn bij beide richtlijnen conceptaanbevelingen opgesteld over ZoA, samen met een afwegingskader wanneer ZoA geschikt is, of wanneer een fysiek consult noodzakelijk is. Zie tabel 1. Naar verwachting worden deze aanbevelingen later dit najaar gepubliceerd op de Richtlijndatabase (richtlijndatabase.nl).



Discussie

De twee modules beschrijven aanbevelingen over wanneer ZoA wel of niet geschikt is. Terugblikkend op deze aanbevelingen over ZoA bij de zorg voor patiënten met coeliakie en cataract valt op dat deze aanbevelingen richtinggevend zijn, maar (nog) niet sturend zijn geformuleerd. Dit wordt door de werkgroepleden passend gevonden bij de lage mate van bewijs en de stand van zaken in het veld. Ondanks het beperkte bewijs uit de literatuur, werd het schrijven van deze eerste aanbevelingen over ZoA door de werkgroepleden als een zin-

Tabel 3. Achtergrond en getallen achterbanraadpleging bij zorgverleners.

| Richtlijn | Coeliakie | Cataract |
|---|---|---|
| <i>Respondenten</i> | 107 | 44 |
| <i>Beroep</i> | MDL-artsen (24,2%), kinderartsen (32,7%), diëtisten (41,1%), verpleegkundigen (1,8%) | Oogartsen (95%) |
| <i>Ervaring met ZoA</i> | 85% is meer ZoA gaan inzetten tijdens coronacrisis (niet gekoppeld aan bepaald contactmoment in zorgpad): video- of , telefonische consulten, apps, mail, whatsapp. | Afhankelijk van de fase in het zorgpad wordt ZoA door een groot deel van de oogartsen ingezet: <ul style="list-style-type: none"> - bij laatste postoperatieve controle en in diagnostisch traject weinig tot geen ZoA; - 66% gebruikt telefonisch consult bij eerste postoperatieve controle. |
| <i>Wens tot continueren ZoA in toekomst</i> | 67,9% wil ZoA blijven gebruiken in dagelijkse werkzaamheden. | Onbekend |
| <i>Voordelen ZoA</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Minder reistijd voor patiënt. - Snellere/efficiëntere consulten. - Meer flexibiliteit inplannen afspraak. - Laagdrempeliger contact omdat kinderen los van ouders kunnen worden gesproken (bijvoorbeeld tijdens schooltijd). | <ul style="list-style-type: none"> - Minder belastend voor patiënt. - Beter voor milieu (minder reisbewegingen). - (Indien goed ingericht) efficiënter voor zorgverlener waardoor verminderde ervaring werkdruk. - (Indien goed ingericht) mogelijk kortere wachttijden. |
| <i>Nadelen ZoA</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Contact is minder persoonlijk. - Missen non-verbale communicatie. | <ul style="list-style-type: none"> - Geen gedegen oogonderzoek mogelijk, waardoor mogelijke complicaties niet of te laat worden ontdekt. - Kost meer tijd en moet naast reguliere poli worden uitgevoerd. - De oogarts moet aan de verplichting voldoen om de kwaliteitsregistratie cataract fysiek bij te houden. |

volle exercitie gezien. Resultaten van de literatuurstudies worden gezien als een nulmeting, om in kaart te brengen wat er wel en niet bekend is. Tevens geven de huidige aanbevelingen een startschot voor verdere actie-, implementatie-, of zorgevaluatieonderzoek, om meer inzicht te krijgen in de werkbare elementen van ZoA-interventies tijdens de verschillende stappen van het zorgproces en (kosten)effectiviteit, maar ook hoe ZoA het huidige zorgproces echt kan transformeren en innoveren. De werkgroepleden gaven aan dat ZoA verder onderzocht moet worden, maar ook dat haast is geboden, omdat de praktijk in deze digitale samenleving niet onnodig lang kan wachten op het sterkste bewijs voor ZoA.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Sterk onderdeel van dit project is de aansluiting en inbedding in het bestaande systeem van richtlijnontwikkeling. De manier waarop deze modules tot stand zijn gekomen

sluit aan bij de gebruikelijke fasering en methodiek, waardoor de geleerde lessen makkelijk in te passen zijn in het huidige richtlijnontwikkelingskader van de FMS 'Richtlijnen 3.0' (Federatie Medisch Specialisten, 2022). Een relatieve zwakte bij de aanbevelingen is het gebrek aan hard bewijs en mogelijke bias in de vragenlijsten die zijn uitgezet bij de patiënten en zorgverleners. Hoewel de vragenlijsten bij patiënten en zorgverleners als welkome aanvulling werden ervaren op het beperkte bewijs uit de literatuur, rees wel de vraag in hoeverre er bij een dergelijke snelle uitvraag sprake is van vertekening, omdat slechts een klein deel van de patiënten en/of zorgverleners vragenlijsten invult. Dit zijn vaak de personen die een sterke (positieve of negatieve) houding ten opzichte van het onderwerp hebben op basis van hun ervaringen. Een aanvulling op de handreiking betreft tips om de response te verhogen, maar ook om, waar mogelijk, gebruik te maken van wetenschappelijke literatuur over patiënt- en zorgverlenervoorkeuren.

Bijdrage aan het Human Factors-kennisdomein

Naast het vragenlijstonderzoek besproken in dit artikel is een procesevaluatie verricht. Met als uitkomst factoren op verschillende niveaus binnen het systeem, die het gebruik van ZoA door medische specialisten bevorderen, dan wel belemmeren. De niveaus zijn de vernieuwing zelf, de gebruikers (patiënten en professionals), de organisatie en wet- en regelgeving. Daaruit volgen strategieën die aangrijpen op deze factoren en bijdragen aan succesvolle implementatie van ZoA. Deze worden hier kort uitgelicht en dragen als zodanig bij aan het human factors kennisdomein.



Een factor op het niveau van de vernieuwing is de beschikbaarheid van goed werkende en gebruiksvriendelijke digitale middelen ter ondersteuning van ZoA, zoals een smartphone en/of laptop met camera voor de patiënt en zorgverlener.

Een bevorderende factor op het niveau van de gebruiker is dat de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis hoeft te komen en daarmee minder kwijt is aan reistijd, vervoerskosten en horecakosten of geen vrij hoeft te nemen van werk.

Daarnaast spelen persoonlijke voorkeuren een rol, zoals de acceptatie van de patiënt om digitale middelen te gebruiken of niet. Een belemmering voor zowel patiënten als zorgverleners is de vermindering van persoonlijk contact. Dit is een belangrijk onderdeel van de behandelrelatie. Het zou goed zijn om met scholing en binnen de opleidingen aandacht aan digitale gespreksvoering en communicatie te besteden. Vanuit medisch oogpunt kunnen

niet alle metingen of behandelingen digitaal of op afstand uitgevoerd worden. Bovendien werden door werkgroepleden zorgen geuit over een mogelijk negatief effect op werkplezier, waarbij zorgverleners aangaven niet de hele dag achter een computer te willen zitten om consulten uit te voeren vanwege het persoonlijke contact met patiënten. Een goede balans tussen fysieke zorg en ZoA-consulten blijft ook hier belangrijk. Belangrijk uitgangspunt is samen besluiten over de mogelijke inzet van ZoA met patiënt en zorgverlener.

Op het niveau van organisatie is het bevorderlijk dat een zorginstelling het gebruik van ZoA faciliteert. Technische tekortkomingen, maar ook gebrek aan aparte ruimtes voor online consulten werden door veel zorgverleners genoemd als belemmering voor het gebruik van ZoA. Andere factoren zijn financiering en bekostiging. Volgens de werkgroepleden investeren de ziekenhuizen in apparatuur en systemen. De financiering daarvan ligt nu bij de ziekenhuizen, waardoor de lasten nu ergens anders liggen dan de mogelijke baten van ZoA. Bekostigingsvraagstukken en financiering blijven een belangrijk gespreksonderwerp.

Ten slotte zijn op het niveau van wet- en regelgeving privacy en veiligheid factoren om rekening mee te houden. De systemen moeten de privacy van patiënt en zorgverlener waarborgen. Twee recente KNMG-standaarden (KNMG, 2021b) bieden adviezen over deze vraagstukken. Bij ZoA moet de patiëntveiligheid geborgd zijn en moeten duidelijke juridische kaders en verantwoordelijkheden omschreven zijn, zodat het duidelijk is wie de verantwoordelijkheid voor de zorg draagt als het mis gaat bij de inzet van ZoA.

Dossier: Zorg op afstand

Conclusie

ZoA is niet meer weg te denken uit de huidige zorg en het biedt veel mogelijkheden voor de toekomst van de zorg. Meer ervaring met en zorgevaluatieonderzoek naar ZoA zijn nodig om meer inzicht te krijgen hoe ZoA kan worden ingezet om de hoge kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg in de toekomst te borgen en aan te sluiten bij de afspraken van het IZA en de invulling van 'passende zorg'.

Referenties

Federatie Medisch Specialisten. Factsheet Uitkomsten Peiling Digitale Zorg (2020). Te raadplegen via: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Infographic_DigitaleZorg_def.pdf. Federatie Medisch Specialisten. Medisch specialistische richtlijn-nen 3.0 (2022). Te raadplegen via: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-03/rapport_medisch_specialistische_richtlijnen_3.0.pdf.

nl/sites/default/files/2023-03/rapport_medisch_specialistische_richtlijnen_3.0.pdf.

KNMG. Standpunt Keuzerecht digitale zorg (2021a). Te raadplegen via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/e-health>.

KNMG. Handreiking videoconsulten (2021b). Te raadplegen via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/e-health>.

Månsson AL, Meijer-Boekel C, Mårild K. Utilization and Effectiveness of eHealth Technology in the Follow-up of Celiac Disease: A Systematic Review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2022 Jun 1;74(6):812-818.

Wanten JC, Bauer NJC, Claessens JIJ, van Amelsfort T, Berendschot TTJM, Wisse RPL, Nuijts RMMA. Evaluation of a visual acuity eHealth tool in patients with cataract. *J Cataract Refract Surg.* 2023 Mar 1;49(3):278-284.

Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, de Groot J, de Bruin K, Brabers A, Hofstede C, Friele R., van Gennip L. Samen aan zet! e-health-monitor 2019. Den Haag/Utrecht: Nictiz, Nivel, 2019.

Tabel 4. Argumenten voor en tegen een ZoA-module in elke richtlijn en een generieke module.

| | Generiek document | ZoA-module in elke richtlijn |
|------------------|---|--|
| Argumenten voor | Handvatten en randvoorwaarden voor veel ziektebeelden. Nuttig voor bijvoorbeeld chronische zorg. | Medisch specialisten gebruiken ziekte-specifieke richtlijnen en zouden daar graag in terug zien wat specifiek geldt voor hun werkveld. |
| Argumenten tegen | Generiek zorgpad geeft onvoldoende informatie over ziekte-specifieke vraagstukken of specifieke populaties (kinderen, kwetsbare ouderen). | Niet haalbaar om voor elk ziektebeeld een module ZoA te ontwikkelen. Kan eventueel in overwegingen, maar dan onduidelijk waarop aanbevelingen gebaseerd zijn |

Over de auteurs



D. Ossendrijver, MSc
Junior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medische Specialisten



Dr. P. Wahab, MD, PhD
MDL-arts, Rijnstate ziekenhuis



Dr. M. van Rooijen, MD, PhD, MSc
Adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medische Specialisten



Dr. M. Wessels, MD, PhD
Kinder MDL-arts, Rijnstate ziekenhuis



L. van Mun, MSc
Junior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medische Specialisten



Prof. dr. R. Nuijts, MD, PhD
Oogarts, Maastricht UMC



Dr. M. Bartels, MD, PhD
Oogarts, Deventer ziekenhuis



Dr. J.F. de Groot, PhD
Senior-adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medische Specialisten

Virtual Fracture Care

Direct Discharge of isolated, stable, musculoskeletal injuries. Is once enough?

This article describes the patient and healthcare professional perspective with Direct Discharge, which discharges patients with isolated, low-complex musculoskeletal injuries from the Emergency Department and assists them with a smartphone application and a brace or sling. These findings show that Direct Discharge is perceived as a feasible, satisfactory, and safe alternative to traditional treatment with a cast and routine outpatient follow-up, but sometimes requires personal nuances.

Jelle Spierings, Gijs Willinge, Thijs Geerdink, Marike Kokke, Bas Twigt and Carel Goslings

Maintaining high-quality orthopedic trauma care is becoming a challenge due to an increase in the incidence of bone fractures and a lack of qualified personnel. To address this increase, hospitals in the United Kingdom (UK) developed Direct Discharge (DD), which is currently standard-of-care in over 80 UK hospitals (Jenkins et al., 2014). DD concerns patients with isolated, stable musculoskeletal injuries, which recover well with limited immobilization. Traditionally, such patients attended at least one outpatient follow-up appointment. Alternatively, with DD, they are discharged directly from the Emergency Department (ED), and receive removable immobilization instead of a cast, an informative brochure, and a telephone helpline for any inquiries during recovery. Prior studies demonstrated significant reductions in secondary healthcare utilization (i.e., outpatient follow-up and imaging) (SHU), without negatively affecting functional outcomes, patient satisfaction, or complications (Khan et al., 2020). Nevertheless, evidence on DD's feasibility from a patients' perspective, healthcare professional's perspective is lacking, leading to a discrepancy between the UK guidelines and practice.

Inspired by the UK's success, OLVG Hospital adapted DD to the Dutch healthcare system, including twelve isolated, stable musculoskeletal injuries, and adding a self-care smartphone application called 'the Virtual Fracture Care app' to support patients during recovery (Figure 1) (Geerdink et al., 2020). The adoption of DD has accelerated during the COVID-19 measures, due to social distancing, and has led to implementation in thirty Dutch hospitals. This quick adoption may cause discrepancy between Dutch guidelines and practice, similar to the UK setting. Therefore, experiences from

both the patient and healthcare perspective are essential to establish prerequisites for the durable adoption of DD. The accelerated adoption of DD presented a unique opportunity to gather these experiences within various hospitals. Recognizing this, ZonMw, the Netherlands Organization for Health Research and Development, provided an unrestricted grant to execute these studies.

These studies aimed to gather prerequisite knowledge for the successful implementation of DD as a standard alternative to face-to-face care in three hospitals.

Method

Design

Two mixed-method studies were performed between August 2021 and July 2022 alongside the implementation of DD in three teaching hospitals, treating between 1200 and 1800 DD patients annually per hospital. Both studies, including the process analysis, were ethically reviewed and approved by the Medical Ethical Committee of Utrecht, Netherlands (W21.261).

Traditional treatment

Before DD implementation, healthcare professionals treated patients according to local trauma protocols. These protocols consisted of support with a cast, sling, bandage, or splint and brief injury-related information at the Emergency Department (ED). Follow-up schemes for these injuries vary per hospital in the Netherlands. However, at least one outpatient follow-up appointment was scheduled in the outpatient clinic within two weeks after the injury for review, extensive information, and definitive management planning.

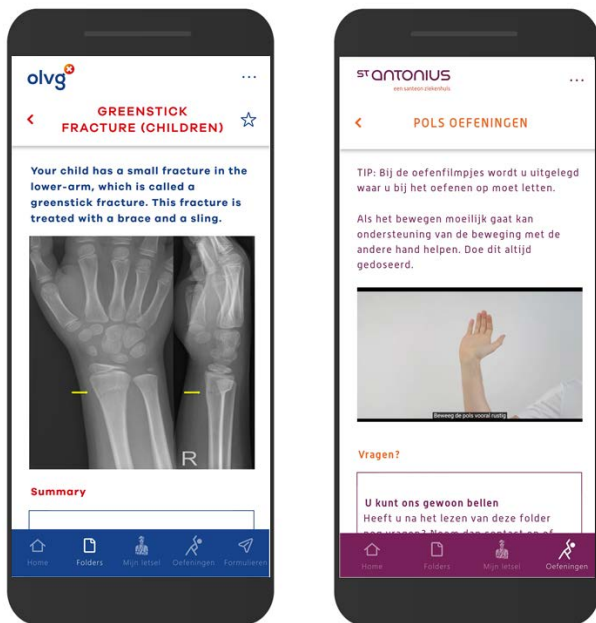


Figure 1. English and Dutch in-app screenshots of the Virtual Fracture Care app used in the Direct Discharge protocol.

Direct Discharge protocol

The Dutch version of DD included Dutch or English-speaking patients with isolated, stable musculoskeletal injuries with additional injury-related criteria (Geerdink et al., 2020). Patients were not treated with DD if they had initial treatment or follow-up in a hospital not involved in the study, multiple injuries, social care reasons (e.g., intellectual disability), or altered mental state during the ED visit. With DD, patients were discharged directly from the ED without routine outpatient follow-up, received a removable orthosis or sling, and comprehensive information at the ED, summarized in the Virtual Fracture Care app (VFC). Physical follow-up was scheduled if deemed necessary by the ED staff. As a safety net, all decisions and x-rays were re-evaluated by a multidisciplinary team supervised by a trauma surgeon the next workday, and patients were rescheduled for follow-up if necessary.

Virtual Fracture Care Application

The VFC app offered self-care assistance through injury-specific leaflets with recovery information, treatment rules, red flags, frequently asked questions, audiovisual exercise-, immobilization- and analgesic instructions. Additionally, the app included a telephone helpline operated by a healthcare professional during working hours for any injury-related inquiries.

Mixed-method study among patients

To collect patient experiences, a mixed-method study was conducted at three hospitals during DD implementation. In- and exclusion criteria for this study were identical to the criteria for DD. Eligible patients or parents (if patients were below 16 years)

were asked to download the VFC app at the ED and consent to the study. Data were collected through a survey immediately after the ED visit to gather DD-expectations, and one three months post-injury collecting DD-experiences, and semi-structured interviews were performed in a sample. A purposive sample was selected based on age, sex, type of injury, and hospital for interviews six weeks post-injury. The research team developed the surveys and topic list. Quantitative and qualitative data were collected and analyzed separately by different teams. The Bowen feasibility framework organized data into the parameters: implementation, acceptance, preliminary efficacy, applicability, and demand. Satisfaction was measured on a 10-point scale varying from 1, meaning very dissatisfied to 10 very satisfied. 5-point Likert Scales were used to assess feasibility statements with 1 meaning completely not and 5 meaning completely. Data triangulation was performed to present data per feasibility parameter and identify (dis)similarities.

Mixed-method study among healthcare professionals























To collect experiences of healthcare professionals involved in the daily clinical care for DD patients, a mixed-method study was performed in the same hospitals. These participants ranged from ED nurses to trauma surgeons. Healthcare professionals were contacted by e-mail to participate in a pre-implementation, post-implementation survey, and semi-structured interview. Frameworks, data handling, and analysis were identical to the mixed-method study among patients.

Results

Mixed-method study among patients

In total, 138 patients completed both surveys, and 18 semi-structured interviews were conducted. Most patients are women (60%), native Dutch speakers (98%), attended Dutch primary schools (98%), and had a minimum of a bachelor's degree (59%). Patients had a median age of 50 years.

Patients are satisfied with the introduction of DD at the ED. Some mention the hectic ED environment and difficulty downloading the app due to poor Wi-Fi connection. The in-app information after the ED visit is beneficial, as the physiological distress and the hectic ED environment limited information recollection. Patients report a median satisfaction with treatment of 7.8 (IQR 6.6 to 8.8). Enhanced treatment engagement is reported in 58 (42%) patients, caused by increased self-empowerment in 67 (49%) patients. Patients prefer the removable orthosis over a cast because it is lighter and less rigid than a cast, leading to better mobility. Nevertheless, patients mentioned it could also lead to over-exertion due to the smaller size of the brace and decreased perceived injury severity.

| | Traditional treatment protocol | | Direct Discharge protocol | |
|---|--|--|---|---|
| Timing | Location | Occupation and tasks | Location | Occupation and tasks |
|  Day 0 to 1 |  ED [^] |  Resident / ED physician Diagnose and inform  Plaster technician / dedicated ED nurse Apply cast  (orthopedic) trauma surgeon Supervise, indication check <24 hrs* |  ED [^] |  Resident / ED Physician Diagnose and inform  All ED nurses Apply brace  (orthopedic) trauma surgeon Supervise, indication check <24 hrs* |
|  Day 7 to 14 |  Plaster room |  Resident Follow-up and inform  Plaster technician Remove cast and (apply cast)  (orthopedic) trauma surgeon Supervision |  Home  App |  Patient Self-care, exercises  Plaster technician Answer helpline |
|  Day 14 to 90 |  Plaster room | Variable Depending on required follow-up |  Plaster room |  Plaster technician Answer helpline, follow-up |

■ Change in task and/or occupation

■ Per indication

[^] Emergency Department

* Hours

Figure 2. Treatment protocols before and after implementation of Direct Discharge and changes in location, involved stakeholders and tasks in daily care.

Most patients (68%) perceive DD as safe, but a few report a lack of reassurance. They propose implementing a feedback system with pain scores or communication tools.

Most patients consider the helpline important (138, 84%) as it provides a sense of security (62%). Some patients expect that they would require more assistance, if injuries are more severe than DD injuries. SHU was low (5%), and two patients re-attended the ED after discharge due to anxiety or pain at the fracture site and were scheduled for outpatient follow-up.

Almost all patients (95%) used the VFC app during recovery, primarily in the first week post-injury to check recovery exercises and phase, treatment and analgesic rules, and the helpline. Parents consult the app more than children and occasionally show it to their child, particularly when it contains visual content. Most patients prefer DD over face-to-face follow-up, highlighting the timesaving advantage.

Mixed-method study among healthcare professionals

Of the 217 eligible healthcare professionals, 124 started the primary survey, with 37 completing both. Additionally, 15 participated in semi-structured interviews. The respondents are 23 females (62%), with a median age of 38 (IQR 32 to 45). Their occupations include medical specialist (38%), resident (38%), plaster technician (19%), and ED nurse (5%).

Most consider DD as safe (73%) and a satisfactory alternative (median rating 7.8, IQR 6.8 to 8.9) to traditional treatment providing similar quality of care (82%). They believe DD leads to decreased SHU and hospital use (e.g., building and parking lot) (37; 73%). Although introducing DD requires more (explanation) time for residents and ED-physicians at the ED, the logistical benefits (i.e., SHU) outweigh this slight increase in time. To improve DD implementation, adequate schooling and early involvement of healthcare professionals in new tasks should be optimized. Some nurses report difficulty applying the braces due to sub-optimal or delayed schooling. Participants report that DD offers advantages like uniform, on-demand, and adequate information. However, DD also has disadvantages, such as reduced personal human attention, limited language options, and less suitability for those with poor digital literacy. The daily multidisciplinary radiologic evaluation and helpline are considered effective safety nets. In-app feedback like pain scores or surveys are proposed to address personal concerns about patient recovery. The lack of follow-up introduces more explanatory behavior from some (often inexperienced) residents at the ED. However, crowding could also lead to rushed app delivery to cope with high patient volumes. After implementation, all professionals intend to continue using DD due to its efficiency, patient empowerment, and self-management benefits. The

Table 1. Summary of prerequisites during all phases for the Direct Discharge protocol a substitute to face-to-face care for patients with isolated, stable musculoskeletal injuries.

| Pillar | Themes | Prerequisites |
|----------------------|------------------|---|
| Demand | Usefulness | The application should be a solution for a work and/or patient-perceived problem. |
| Preliminary efficacy | Quality of care | The perceived quality of care with the new (digitally assisted) protocol should be non-inferior to the previous protocol. |
| | Perceived safety | A safety net is necessary and should be available during the hours described in the digital solution. |
| Applicability | Accessibility | The digital solution is available and free of charge through the most used databases (e.g., Play Store of iOS app store). |
| | Workload | The digital solution should not lead to an increase of workload for healthcare professionals. |

COVID-pandemic strengthened these beliefs, and positively influenced perceptions of eHealth. Integrating DD into daily activities varies among healthcare professionals. Orthopedic trauma surgeons experience decreased SHU and workload, leading to increased job satisfaction. In contrast, plaster technicians lose a satisfactory part of their job and mention that treating fewer low-complex injuries negatively affects their job satisfaction (Figure 2).

Discussion

Conclusion

Both mixed-method studies show that patients and healthcare professionals consider DD a feasible, satisfactory, and safe alternative to traditional treatment. These studies show that, according to healthcare professionals, one visit is enough for most patients with isolated, stable musculoskeletal injuries, but not for all. Therefore, attention should be paid to personal nuances, preferences, and safety nets to maintain optimal individual care. For healthcare professionals, DD reduces SHU, which helps to cope with strained resources. This reduction can influence job satisfaction both positively and negatively. Already high satisfaction rates can be enhanced by the early involvement of healthcare professionals with new tasks and developing numerical in-app patient feedback systems such as pain scores or communication tools.

Comparison with literature

Patient satisfaction and perceived safety with DD aligned with previous studies, emphasizing the value of additional visual and written information in the chaotic ED environment and psychological distress (Geerdink et al., 2020). Understanding the injury is crucial to follow self-care protocols and recognizing red flags adequately. Preliminary efficacy results were consistent with previous research, while the quality of care, number of complications, quality of information, and treatment satisfaction remained similarly high, SHU decreased (Kahn et al., 2020). Most patients preferred the VFC app over face-to-face follow-up. The use of

apps is not new in (orthopedic) trauma surgery, but adding a self-care application to DD is a novel approach. Patients and healthcare professionals acknowledged the safety of DD, appreciating the timesaving benefits. Nevertheless, some patients would prefer face-to-face interaction if injuries were more severe than DD injuries. A hybrid form of physical and digital care could be successful in these cases. Though the introduction of DD at the ED increased treatment time for some, almost all healthcare professionals reported that the benefits of DD (e.g., less SHU) outweighed this downside. This contrasts with the numerously reported barrier 'eHealth increases time' (Schreiweis et al., 2019). Although feasible, it should be noted that DD may not be suitable for those with low digital literacy, potentially exacerbating existing health disparities in an already digitally-oriented world. Patients' information demand and app usage varied, with a minority desiring contact that is more human. To address this, an in-app numerical feedback system was suggested, like a questionnaire or communication tool. Nonetheless, adding such systems would require a more enhanced application that complies with current laws and regulations for data storage.

Healthcare professionals saw DD as a response to the public demand for more efficient outpatient care, especially in an era of scarce resources. The willingness to continue using DD after implementation mirrored findings from other countries, indicating its widespread acceptance and applicability. The varying applicability of DD among stakeholders depended on changes in tasks and experiences after implementation, emphasizing the importance of early stakeholder involvement during the process, as highlighted in a related study (Logishetty, 2017).

Strengths and limitations

This study's strengths include the multidisciplinary approach to collecting, analyzing, and reporting qualitative and quantitative data, providing a valuable, organized, and realistic representation of DDs' human factors from a patient and healthcare professional perspective.

Limitations include the poor response rate among healthcare professionals, potential responder- and selection bias due to a younger, more native Dutch, and higher educated sample compared to the Dutch population, potentially limiting generalizability. Another limitation is that the ED nurses were not included initially but were added to the qualitative data during the study.

Evaluation of this study on human factors criteria

These studies add to the domain of human factors by describing the factors for implementing DD in the Dutch healthcare system. We assessed the views of different stakeholders, i.e. patients and healthcare professionals, on DD's impact on multiple feasibility parameters, such as implementation, acceptance, preliminary efficacy, demand and applicability. DD is a feasible solution to cope with scarce resources from a patient and healthcare professional perspective. This feasibility is also recognized by the 30 Dutch hospitals that have implemented DD as the standard of care since 2019. Both study results and implementation experiences have led to general preconditions for self-care applications (Table 1 and Appendix A). Early stakeholder involvement for healthcare professionals with new tasks and numerical feedback, such as pain scores, could be implemented to further improve DD.



Funding

The institutions of the authors affiliated with St. Antonius Hospital and OLVG Hospital have received funding to support this work by an unrestricted grant from the Dutch organization for healthcare sciences and healthcare innovation, ZonMw, the Hague the Netherlands, grant number: 516012524.

References

Geerdink, T.H., Haverlag, R., van Veen, R.N., Bouwmeester, O.V.A. & Goslings, J.C. Direct discharge from the ED for patients with simple stable injuries: a Dutch pilot study. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* (2020).
 Jenkins, P.J. et al. The Glasgow Fracture Pathway: a virtual clinic. *Bjj* (2014).
 Khan, S.A., Asokan, A., Handford, C., Logan, P. & Moores, T. How useful are virtual fracture clinics? *Bone Jt. Open* (2020). doi:10.1302/2633-1462.111.bjo-2020-0107.r1.
 Logishetty, K. Adopting and sustaining a Virtual Fracture Clinic model in the District Hospital setting – a quality improvement

approach. *BMJ Qual. Improv. Reports* (2017). doi:10.1136/bmjquality.u220211.w7861.

Schreiweis, B. et al. Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: Systematic literature analysis. *J. Med. Internet Res.* 21, (2019).

Acknowledgements

The authors wish to thank dr. J.C.A. Trappenburg (JT), associate professor at the Julius Center from the University Medical Center of Utrecht, drs. W. de Lange (WL) and dr. E. Mathijssen (EM) from The Healthcare Innovation Center, (THINC) for the assistance in development of the surveys, collecting and analyzing of the qualitative data.

About the authors



J.F. Spierings, MD
 St. Antonius Ziekenhuis
 Department of Trauma surgery
 Utrecht



G.J.A. Willinge, MD
 OLVG
 Department of Trauma surgery
 Amsterdam



T.H. Geerdink, MD PhD
 OLVG
 Department of Trauma surgery
 Amsterdam



M.C. Kokke, MD
 St. Antonius Ziekenhuis
 Department of Trauma surgery
 Utrecht



B.A. Twigt, MD PhD
 St. Antonius Ziekenhuis
 Department of Trauma surgery
 Utrecht



J.C. Goslings, MD PhD
 OLVG
 Department of Trauma surgery
 Amsterdam

Dossier: Zorg op afstand

APPENDIX A

Table A. Predefined prerequisites during the design phase for the Direct Discharge protocol as a substitute to face-to-face care for patients with isolated, stable musculoskeletal injuries.

| Pillar | Themes | Prerequisites |
|----------------------|----------------------------------|--|
| Implementation | Stakeholder involvement | The new protocol is tested prior to the primary implementation with all relevant stakeholders. |
| Acceptation | Satisfaction | The new protocol has similar patient satisfaction with treatment scores compared to the previous protocol. |
| Preliminary efficacy | Functional outcomes | The new protocol leads to similar functional outcomes of patients compared with the previous protocol. The new protocol leads at least to similar complication rates as the previous protocol. |
| | Secondary Healthcare Utilization | The new protocol leads to a reduction of outpatient follow-up. The new protocol leads to a reduction of imaging. |
| | Primary Healthcare Utilization | The new protocol does not lead to an increase of general practitioner appointments compared to the protocol. The new protocol does not result in an increase of physiotherapy appointments compared to the protocol. |
| | Safety | The new protocol has a safety net to reassess patient inclusion by a more senior doctor. The new protocol has clear risk factors, outcome measures, and red flags to describe the injury-related inclusion criteria for the included injuries. The new protocol has patient-related demographic risk factors to describe the patient-related inclusion criteria for the target population. The new protocol has a safety net to contact the hospital outside of the digital solution. |
| Applicability | Workload | The new protocol does not result in a substantial increase of working activities for each healthcare professional. |
| | Accessibility | The new digital tool is accessible and free of charge through the most used databases for digital tools (e.g., Play Store or iOS app store). The new protocol (with digital assistance) complies with current (and expected changes in) laws and regulations. |
| Demand | Usefulness | The new protocol should be a solution for a perceived work problem compared to the previous protocol. |

Table B. Prerequisites for self-care applications in orthopedic- and trauma surgery from a patient perspective based on the results with the Direct Discharge protocol.

| Pillar (theme) | Prerequisites | Quotes |
|----------------------|--|--|
| Implementation | Introduction should include information about correct use, the injury, normal recovery, and red flags. | <i>"Because... it always goes quickly. It is always busy. But still, you know, this was completely clear; what I could expect and that I could download the app."</i> |
| Acceptation | The new protocol should be a good fit for most patients, preferably all. | <i>"I would give DD a 7 or 8. Yeah, let's say 7, because I do feel that it might be difficult for older people. Especially because they don't always understand technology, you know."</i> |
| | The new protocol should be non-inferior to the previous protocol in terms of satisfaction. | <i>"To be honest, I think it's better. You know, often it's like, you go to a hospital, and it takes half a day just to get there, and come back, and all those things, and then it's just like: "O, it looks fine"."</i> |
| | A safety net is necessary and should be available during the hours described in the digital solution. | <i>"After about a week or three, I had a setback. I couldn't find this in the app, so I decided to call the helpline. The pain came back, and I was afraid I had broken something or something like that. They reassured me that it could not happen so quickly and that I just needed to rest for 24 hours. They were right! It was nice to be able to check this."</i> |
| | Direct Discharge is a satisfactory solution for low-complex injuries, perhaps not for more severe injuries | <i>"Yes, I believe it is safe, given the circumstances. Because it wasn't that serious. Yes. I do have the confidence that if it is something serious I would not receive this type of treatment."</i> |
| Preliminary efficacy | Self-empowerment and self-management should be included in the evaluation phase. | <i>"It was nice that I could read what I was allowed to do and what I was not. I think that gave me more control over my recovery. I knew what I could do myself in terms of exercises, and that was very helpful."</i> |
| | none | none |
| Demand | none | none |

Table C. Prerequisites for self-care applications in orthopedic- and trauma surgery from healthcare professional perspective based on the results with the Direct Discharge protocol.

| Pillar | Prerequisites | Quotes |
|----------------------|---|---|
| Implementation | Schooling during implementation is essential to correctly execute the protocol, particularly among healthcare professionals with new tasks. | <i>"Some of my colleagues have difficulty with the materials. How does it work and what goes where? It takes a bit longer for some of them to get the hang of it. Having to learn so many new things sometimes causes resistance."</i> |
| Acceptation | Scientific evidence of the efficacy supports the protocol in terms of perceived safety and satisfaction | <i>"I think DD is safe, but we are not sure yet. If we know it is safe for our patients I would be fully satisfied."</i> |
| | The digital application should be (assisting) a solution for a work problem. | <i>"I no longer have to do these routine outpatient clinic check-ups. I could only provide limited contributions besides providing information, allowing me to have more time and space in the clinic. I can use that time for other patients to add more value."</i> |
| | The digital solution should not lead to an increase of workload for healthcare professionals. | <i>"Both among doctors and nurses, DD has been widely embraced and well implemented, but for both professions, it requires valuable extra minutes due to additional explanation. Currently, the workload is very high."</i> |
| Preliminary efficacy | The application should be a solution for a work problem, in this case strained resources. | <i>"We now have a tool in our hands to change healthcare without it deteriorating, which convinces people who tended towards over-treatment."</i> |
| | The quality of care with the new protocol should be non-inferior to the previous protocol. | <i>"The quality is not affected, assuming the doctor was already good. It is mainly more efficient. Information provision has improved. It has become more modern. I think DD is not worse, but we're not certain yet."</i> |
| | The digital solution should not lead to an increase of workload for healthcare professionals. | <i>"We are sometimes called about 2-3 times per day on the fracture line. I don't think that's a bad score."</i> |
| Demand | The application should be a solution for a work problem, in this case strained resources. | <i>"Every day, a few patients are treated through the app. I am starting to notice the reduction in daily practice!"</i> |
| | The application should be a solution for a work problem, in this case strained resources. | <i>"In my work, it has changed that we see less patients, but new things have also been added. However, we no longer see minor injuries. The easier type of care has decreased a bit."</i> |
| | The application should be a solution for a work problem, in this case strained resources. | <i>"This is a significant improvement for the patients and appeals to their autonomy and control, as well as their own influence on the healing process. I believe it is motivating and in line with the current times."</i> |

Table D. Lessons learned throughout the process from implementation to upscaling.

| Pillar | Theme | Prerequisites |
|------------------------|----------------------------------|--|
| Implementation | Upscaling and information | An application guide can positively attribute to the speed and level of adoption during upscaling of a concept. |
| | Point of contact | One main point of contact with medical knowledge and management skills can attribute to the findability, troubleshooting during problems, and general overview during upscaling. This does not have to be a medical specialist, but can also be a nurse. |
| (preliminary) efficacy | Scientific evidence as support | Scientific evidence helps convince pragmatists, conservatives and skeptics. |
| | Local evidence | Even after sufficient scientific evidence, the option to monitor patients at a local level can attribute to the implementation as it can be used to increase perceived safety or for management evaluation. |
| | Monitoring data | A central point of data collection can be a valuable addition for time-efficient monitoring of the data and outcomes of the protocol, as more stakeholders are involved |
| Applicability | Investments (time and financial) | Communicate the duration and financial investment with the interested hospitals so preparations can be made. |
| | Law and regulation | Communicate that law and regulatory departments should complete processes prior to the implementation |
| Feasibility | Evaluation | Monitor the protocol in a regularly central meeting with one representative per hospital |

ErgoCutting snijplankverhoger



Product: Snijplankverhoger

Bedrijf: ErgoCutting

Auteur: Charlotte Strijd

Een ergonomische werkomgeving is verplicht, ook in horeca- en cateringkeukens. Maar wat als er niet aan voldaan wordt? In de horeca en catering heerst in keukens vaak een niet-zeuren-gewoon-doorgaan-mentaliteit. Nog een pijnstillertje en dóór als je weer die heftige pijn in je rug voelt opkomen als je shift pas net is begonnen.

We worden steeds langer, maar de keukenbladen waar we dagelijks vele uren op werken groeien niet met ons mee. De standaard hoogte van de keuken is slechts 85 centimeter en daarmee vaak (veel) te laag. Dit dwingt je, als je langer bent dan 1,80 meter, om jouw nek en rug zo te buigen (afbeelding 1) tijdens repeterende bewegingen dat klachten ontstaan, met chronisch negatieve gevolgen. Dit noodzaakt langere professionals in de keuken ertoe om meer pijnstillers te gebruiken of minder te gaan werken om de pijn draaglijk te houden. Of zelfs hun passie te laten voor wat het is – terwijl we juist veel chefkoks tekort komen in de sector.

Dat keukenblad moet dus omhoog!

Maar het is enorm kostbaar om het keukenblad in de keuken te verhogen. Bovendien is het niet eens een goede oplossing omdat vaak meerdere personen van verschillende lengtes aan hetzelfde keukenblad werken. Na het verhogen is het straks voor kortere collega's te hoog, waardoor zij klachten zullen ervaren.

Dat moet toch beter kunnen?

Dat dacht ik ook toen ik dit 'probleem' medio 2020 ontdekte. Toevallig, want in mijn werk als HR Project Manager was ik eigenlijk op zoek naar ergonomische oplossingen voor het kantoorpersoneel dat door corona

plots thuis moest gaan werken.

Maar het probleem liet me niet los. Zo erg kon het toch niet zijn? Er is toch regelgeving hiervoor? Uit navraag en onderzoek bleek het zo'n (letterlijk) pijnlijk probleem dat ik ging nadenken over een manier waarop de rug- en nekpijn van lange(re) professionals in de keuken verlicht kon worden.

Keuken naar een hoger niveau brengen (letterlijk)

Het begon met heel veel schetsen, zoeken, checken en testen en één jaar later was daar het prototype! De snijplankverhoger (afbeelding 2) wordt vervaardigd door gedreven vakmannen van het sociaal werkbedrijf de Zuidhoek in Zierikzee (MVO). Met deze snijplankverhoger verhoog je jouw GastroNorm snijplank die elke professional of kookfanaat in de keuken heeft makkelijk en snel naar jouw perfecte ergonomische hoogte zodat je geen last van rug of nek meer hebt en je weer plezier kunt hebben in het koken.

Geboren uit passie en gemotiveerd om bij te dragen aan een gezonde carrière in de keuken voor lange(re) professionals, help ik het liefst preventief maar ook curatief graag met de snijplankverhoger.

Zie je kans om hierin samen te werken of wil je meer weten? Kijk voor meer info op ergocutting.nl en neem contact met me op!



Afbeelding 1. Gebruik van een snijplank door een chefkok in een standaard keuken waarbij het buigen van de nek en rug noodzakelijk is.



Afbeelding 2. Gebruik van een snijplankverhoger om het werken met een snijplank naar een ergonomische hoogte te brengen en zodoende de nek en rug minder ver te hoeven buigen.

Hittestress in de cao

Door klimaatverandering worden werknemers (en zelfstandig werkenden) steeds vaker blootgesteld aan hitte tijdens het werk. De gevolgen hiervan en potentiële maatregelen zijn besproken in het ‘Dossier Hittestress’ in dit tijdschrift. Het risico van blootstelling aan hitte wordt in wetgeving nog onderbelicht. Het wordt in algemene termen wel benoemd in de arbeidsomstandighedenwetgeving, maar die bevat weinig concrete eisen. De algemene normen moeten door werkgevers en werknemers in samenspraak nader worden ingevuld, bijvoorbeeld in arbocatalogi of cao-afspraken. Dit moet leiden tot ‘maatwerk’. Analyse van cao-afspraken leert echter dat die weinig houvast bieden aan individuele werkgevers die maatregelen tegen hittestress op het werk willen nemen.

Jan Popma

Het thema ‘hittestress door klimaatverandering’ heeft al langere tijd de aandacht, zowel in de media als in het overheidsbeleid, dat echter primair gericht is op *publieke* gezondheid. Pas recent groeit de aandacht voor de bescherming van werknemers. Zo voert de Nederlandse Arbeidsinspectie in 2023 verkenningen uit naar hittestress op de werkplek. Dit om te anticiperen op de gevolgen van klimaatverandering, waardoor het probleem van hittestress waarschijnlijk zal groeien en meer aandacht vraagt van de Inspectie. Ook internationaal is er meer aandacht voor hitte op het werk. In het kader van een Europees onderzoeksproject ADAPTHEAT (2022-2024) wordt onderzoek gedaan naar sociale dialoog rond hittestress. Een van de doelstellingen van het onderzoek is in kaart te brengen welke afspraken tussen werkgevers en werknemers worden gemaakt om hittestress tegen te gaan. Nederland is een van de vijf deelnemende landen in het onderzoek. Onderdeel van het Nederlandse onderzoek is een analyse van cao-afspraken en afspraken in arbocatalogi. In het aprilnummer van Human Factors gaf Hein Daanen al aan dat de afspraken op sectorniveau ‘van wisselende kwaliteit’ zijn. In dit artikel wordt gedetailleerder ingegaan op de inhoud van die afspraken. Het beperkt zich tot de cao-afspraken tussen werkgeversorganisaties en vakbonden.

Arbowetgeving

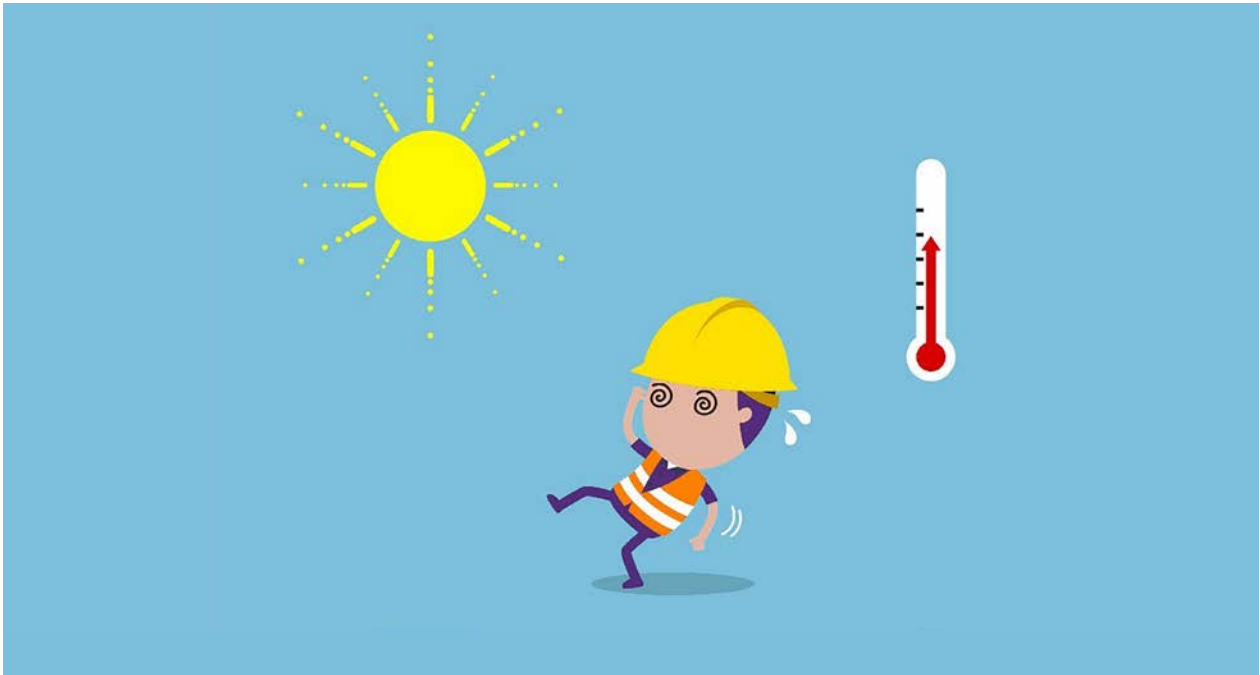
De Nederlandse arbowetgeving is zogeheten kaderwetgeving. De wet zelf bevat weinig concrete bepalingen, maar vooral een juridisch kader van algemene systeemvoorschriften. Voor het doel van dit artikel volstaat het te verwijzen naar de zorgplicht van de werkgever (voorkomen dat werknemers gezondheidsschade oplopen door hun werk), de verplichting om een risico-inventarisatie en -evaluatie uit te voeren, en beschermende maatregelen te treffen

op basis van een plan van aanpak. Ook dient de werkgever zijn werknemers in de gelegenheid te stellen een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan. Deze algemene bepalingen zijn nader uitgewerkt in het Arbobesluit. Van belang is vooral artikel 6.1 Arbobesluit. De algemene zorgplicht is daar als volgt verwoord: *Rekening houdend met de aard van de werkzaamheden die door de werknemers worden verricht en de fysieke belasting die daar het gevolg van is, veroorzaakt de temperatuur op de arbeidsplaats geen schade aan de gezondheid van de werknemers.*

Deze formulering laat echter open wanneer ‘schade aan de gezondheid’ ontstaat. Terwijl voor diverse risico’s wettelijke grenswaarden zijn vastgesteld, geldt dat niet voor de temperatuur op de werkplek – terwijl hier toch wel degelijk normen voor zijn ontwikkeld (een norm over de maximale hitte die men kan verdragen (WBGT-norm, NEN-ISO 7243) en een norm gebaseerd op het maximaal zweetvermogen van de mens (IREQ, NEN-ISO 7933)). Deze normen waren ook opgenomen in een zogeheten beleidsregel, maar deze beleidsregels zijn in 2013 geschrapt om de wetgeving te versimpelen. In arbocatalogi zouden werkgevers en werknemers nadere afspraken moeten maken ter bescherming tegen het risico van hittestress. Uit een nog te verschijnen analyse van zestig arbocatalogi waarin aandacht is voor het risico van hittestress blijkt echter dat die catalogi nauwelijks een norm bevatten over een gezondheidskundig acceptabele hittebelasting. Dat laat veel ruimte voor discussie over de vraag of de hittebelasting op de werkplek gezondheidskundig acceptabel is.

CAO-afspraken

Naast de arbocatalogi is het mogelijk dat de sociale partners afspraken opnemen in cao’s. Het opnemen van afspraken over hitte in cao’s kan meerdere doelen dienen: zij kunnen normstellend of verbindend zijn (in die



zin dat sociale partners zich committeren aan naleving van de wettelijke normen, waarmee de naleving van die normen ook civielrechtelijk kan worden afgedwongen), agenderend of arbeidsvoor-waardelijk. Dit laatste heeft met name betrekking op de vraag of het werk stilgelegd moet worden (met behoud van loon) en of er wellicht inconveniënten-toeslagen moeten worden betaald.

Middels een analyse van cao's is onderzocht in hoeverre deze afspraken bevatten over acceptabele temperaturen of '(on)werkbaar weer', en ook of zij aanvullende maatregelen bevatten over de wijze waarop hitterisico's beperkt kunnen worden. Voor analyse is een selectie gemaakt uit 1.100 cao's waarbij, naast grootte, primair is gekeken of de cao's (mogelijk) afspraken bevatten over hitte. In een aantal beschikbare databases¹ is gezocht op relevante trefwoorden. Dit leidde tot een eerste selectie van 59 bedrijfstakken of sectoren, waarbij per sector de meest recente cao is bekeken.² Slechts een zeer beperkt aantal cao's (n=35) gaat daadwerkelijk in op het onderwerp 'hitte'.³ Daarbij gaat het in de meeste gevallen ook niet om concrete maatregelen. De bestudeerde cao's bevatten nauwelijks afspraken over *risicobeheersing* van het werken in hitte (als gevolg van klimaat). De meest relevante afspraken die zijn gevonden, hebben betrekking op de vraag wanneer sprake is van 'onwerkbaar weer' (n=8) of arbeidsvoorwaardelijke zaken zoals toeslagen (n=12).

Onwerkbaar weer: een impliciete grenswaarde

De Nederlandse arbeidsomstandighedenwetgeving kent zoals gezegd geen grenswaarde voor het werken in hitte. Het is wel mogelijk dat de sociale partners hierover afspraken maken – hetzij in arbocatalogi hetzij in de cao. Dit laatste gebeurt impliciet in de bepalingen over 'onwerkbaar weer'. Veruit de meeste cao-afspraken waarin sprake is van onwerkbaar weer gaan echter over koude. In een zeer beperkt aantal cao's is wel aandacht voor werken in hitte. Zo spreken vijf cao's in de agrarische sector over 'onwerkbaar weer' als sprake is van een 'hittedag':

- 35°C of hoger of vijf aaneengesloten dagen een dagtemperatuur 27°C of hoger óf drie dagen aaneengesloten nachttemperatuur hoger dan 18°C en een dagtemperatuur hoger dan 30°C (cao's Groen, grond en infrastructuur, Glastuinbouw en Open teelten);
- als de gemeten temperatuur tussen 07.00 uur en 17.00 uur hoger is geweest dan 35°C óf de gemeten dagtemperatuur vier dagen aaneengesloten 27°C of hoger is, óf drie etmalen aaneengesloten een nachttemperatuur van >18°C en dagtemperatuur >30°C wordt gemeten, volgens de meting van het KNMI-weerstation in het postcodegebied waarin het werkobject, waar de werknemer werkzaam is of zou zijn (cao's Bos en Natuur respectievelijk Groenvoederbedrijven).

1 MinSZW|Directie UAW – Startpagina UAW (uitvoeringarbeidsvoorwaardenwetgeving.nl), Cao-databank XpertHR, Cao & Sector – FNV.

2 De totale lijst van onderzochte cao's is opvraagbaar bij de auteur.

3 Achttien cao's bevatten geen enkele bepaling over hitte, in drie gevallen werd verwezen naar de arbocatalogus in de branche, maar die bevatte geen afspraken over hitte, en in drie gevallen werd volstaan met een algemene verplichting dat de werkgever dient te zorgen voor goede arbeidsomstandigheden.

Interessant is hier op te merken dat de cao's in toch tamelijk vergelijkbare sectoren verschillende temperaturen of een verschillend aantal dagen aanhouden, wat met het oog op de rechtsgelijkheid van werknemers kwestieus is. Twee cao's bevatten bovendien een specifieke bepaling over het postcodegebied, wat tot discussie aanleiding zou kunnen geven. Ook de nachttemperatuur is afhankelijk van de verblijfplaats/postcode van de betrokken werknemers. Denkbaar is dat dat verschilt tussen werknemers in hetzelfde bedrijf. Dit leidt tot rechtsonzekerheid en mogelijk rechtsongelijkheid.

Ook valt op dat de norm voor 'onwerkbaar hitte' hoog ligt, namelijk boven de 35°C of zelfs 40°C (cao's Hellende Daken, Bitumineuze daken en Schilders-, Afwerkings-, Vastgoedonderhoud- en Glaszetbedrijf). Deze laatste normen hebben echter geen betrekking op luchttemperatuur, maar op de ter plekke (op 1,5 meter hoogte) *gemeten* temperatuur. Dit werd pas duidelijk bij navraag bij een van de betrokken cao-partners, wat aangeeft dat de normstelling onvoldoende duidelijk is.

Bovendien is de wijze waarop de temperatuur wordt bepaald onvoldoende scherp omschreven, of althans niet in lijn met de stand van de wetenschap op het gebied van hittebelasting. Belangrijkste punt is dat bij de normen in de cao's geen rekening is gehouden met factoren zoals hoge luchtvochtigheid, zware fysieke arbeid, of het moeten dragen van beschermende kleding of persoonlijke beschermingsmiddelen die mogelijk van invloed kunnen zijn op de hittebelasting. (Buiten)temperatuur alleen is onvoldoende indien niet ook met de andere factoren rekening wordt gehouden.

Tropenrooster

Ook is niet duidelijk of sprake moet zijn van eenmalige overschrijding van de norm om te kunnen spreken van onwerkbaar weer, of dat het over een langere periode op de dag gaat. Het is immers ook denkbaar dat voor sommige sectoren een tropenrooster overwogen kan worden. Daarmee is niet de hele dag 'onwerkbaar'. De mogelijkheid van tropenroosters is in drie van de bestudeerde cao's gevonden, met verschillende procesmatige afspraken ter zake.

- Bij een verwachte buitentemperatuur van 25°C of hoger kan *de werkgever* een tropenrooster instellen. De normale arbeidstijd begint dan om 05.30 uur (cao Bitumineuze Daken).
- De werkgever kan met zijn *medezeggenschapsorgaan* overeenkomen dat er een tropenrooster zal gelden in de onderneming. Wanneer er in de onderneming geen medezeggenschapsorgaan is, kan de werkgever het tropenrooster invoeren, mits hij hierover overeen-

stemming heeft met een meerderheid van de betrokken werknemers (cao Open teelten).

- Met de instemming van de *meerderheid van het personeel* kan een tropenrooster worden afgesproken (cao Glastuinbouw).

De term 'kan' laat bovendien veel ruimte. Uit een interview rond het onderwerp blijkt dat daarbij ook de arbeidsverhoudingen een rol spelen: in bedrijven waarin veel uitzendkrachten werken, kan de werkgever eenzijdig bepalen dat het tropenrooster van kracht is. In bedrijven met veel vaste medewerkers zal eerder sprake zijn van weerstand, omdat de werknemers willen vasthouden aan hun gebruikelijke werktijden zodat zij niet ook de privésituatie hoeven aan te passen.

Hitte in arbeidsvoorwaardelijke zin

'Onwerkbaar weer' is vooral een kwestie van arbeidsvoorwaarden: bij onwerkbaar koud weer houdt de werknemer recht op loon, en ook aan een tropenrooster kunnen arbeidsvoorwaardelijke aspecten kleven. Daarnaast is hitte op twee andere manieren een arbeidsvoorwaardelijk relevant thema.

Zo is in twaalf van de 59 onderzochte cao's sprake van hitte als verzwarende factor, wat meeweegt bij de functieclassificatie en soms inconvenientoelagen. Dit kan leiden tot een dilemma voor vakbondsbestuurders. Indien vakbondsbestuurders erin slagen afspraken te maken om verzwarende arbeidsomstandigheden te verlichten, kan dat betekenen dat de inconvenientoelag wordt verlaagd of komt te vervallen. Beter arbeidsomstandigheden gaan dan ten koste van het inkomen van de werknemer, iets waar niet alle leden enthousiast over zullen zijn. Of dat in het specifieke geval van hitte óók het geval is, is niet duidelijk. Maar stel bijvoorbeeld dat door beschermende maatregelen het aantal onwerkbaar dagen afneemt, dan neemt daarmee ook het aantal 'vrije dagen' af. Dit kan een rem zijn op de wenselijke bescherming van de gezondheid. Dit dilemma komt nog kort terug in de discussie hierna.

Een tweede thema is dat in diverse bedrijfstakken afspraken worden gemaakt over financiële compensatie bij arbeidsongevallen. In veel cao's (zeker niet alleen de bestudeerde) worden in dat verband definities gegeven over wat onder arbeidsongeval dient te worden verstaan. In drie van de bestudeerde cao's is hierover opgenomen: 'Onder ongeval wordt mede verstaan: zonnesteek, bevriezing [en] hitteberoerte' (Bouw&Infra, Timmerindustrie en Houthandel). Of het gegeven dat gevallen van zonnesteek of hitteberoerte de werkgever financiële schade kunnen opleveren ook tot preventie leidt, is niet onderzocht. Uit eerder onderzoek blijkt echter dat de vrees voor claims nauwelijks van invloed is op het verbeteren van arbeidsomstandigheden.⁴

4 Onder andere W. Eshuis (2013), *Werknemerscompensatie in de steigers; naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten*, Amsterdam: Bb Publishers.

Preventieve maatregelen

Er zijn in de cao's nauwelijks afspraken gevonden over concrete maatregelen. Deze beperken zich bovendien tot het verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen: zonnebril met UV-bescherming, (zonne)pet met nekflap ter bescherming tegen UV-straling, UV-beschermende werkkleding, zonnebrand (meerdere bouw-cao's). De werkgever is verplicht om zonnebrandcrème op de bouwplaats beschikbaar te stellen. De werknemer *moet* hier ook gebruik van maken of van een zonnecrème die hij zelf heeft meegenomen (cao Bouw&Infra). Omgekeerd bevat de cao Bouw&Infra de bepaling: 'De werkgever verstrekt de noodzakelijke persoonlijke beschermingsmiddelen aan de werknemer of stelt die aan hem ter beschikking. Doet de werkgever dit niet? Dan mag de werknemer niet op de bouwplaats werken. Dit heeft geen gevolgen voor zijn loon.'

Discussie

De analyse van de cao's leert dat deze nauwelijks tot geen afspraken bevatten over het beheersen van de risico's van werken in hitte. Uitzonderingen zijn een paar cao's waarin wordt gerefereerd aan persoonlijke beschermingsmiddelen. In het algemeen hebben cao's overigens ook niet tot doel het beschrijven van concrete arbomaatregelen – al komt dat bij andere arbothema's wel voor. Wel hebben cao's een agenderende functie. Die wordt met betrekking tot het thema hittestress echter nauwelijks ingevuld. Ook valt op dat de norm voor 'onwerkbaar weer' hoog ligt, namelijk boven de 35°C.

Een beperkt aantal cao's in de bouw en de groensector, dus sectoren waar in de buitenlucht wordt gewerkt, bevat wel afspraken over onwerkbaar weer (als gevolg van hitte). Opvallend is dat daarbij geen rekening is gehouden met factoren als hoge luchtvochtigheid, zware fysieke arbeid, of het moeten dragen van beschermende kleding of persoonlijke beschermingsmiddelen die mogelijk van invloed kunnen zijn op de hittebelasting. Hier valt voor ergonomen of inspanningsfysiologen nog wel zendingswerk te verrichten, zeker bij het treffen van maatregelen op bedrijfsniveau. Daarbij dient, vanuit de Human Factors-benadering, ook aandacht te zijn voor het welbevinden van werknemers die gebruik moeten maken van beschermingsmiddelen.

Gezien de opwarming van het klimaat is zeer aannemelijk dat in de nabije toekomst (veel) meer werknemers blootgesteld zullen worden aan ongezond hete werkomstandigheden. In een aantal Zuid-Europese landen (Spanje, Griekenland) wordt daarom, mede naar aanleiding van een stijgend aantal sterfgevallen onder werknemers, overwogen om in de wetgeving op te nemen dat boven een bepaalde (lucht) temperatuur niet meer gewerkt mag worden. In

Nederland valt zo'n wettelijke bepaling vooralsnog niet te verwachten. De toename van het risico zou echter aanleiding kunnen zijn voor de sociale partners om hier dan op decentraal niveau afspraken over te maken – wellicht in relatie tot de weersverwachting van het KNMI. Het KNMI en het RIVM buigen zich momenteel over eventuele integratie van de WBGT in het hitteplan, waarbij wellicht ook een code rood opgenomen zal worden. Een koppeling tussen het hitteplan en 'onwerkbaar weer' ligt voor de hand. Maar ook los van deze specifieke suggestie is het wenselijk dat het thema hitte vaker wordt geagendeerd in het cao-overleg. Dit legt, zeker als er duidelijke grenswaarden gesteld worden en in relatie met eventuele afspraken in arbocatalogi, de kaders vast waarbinnen werken in hitte veilig en gezond kan worden vormgegeven.

Bovendien is het, met het oog op de toenemende hitte, misschien tijd om de huidige regeling rond onwerkbaar weer tegen het licht te houden. Het feit dat werkgevers voor een groot deel van de kosten bij vorstverlet wél worden gecompenseerd door het UWV maar bij hitte niet, betekent dat de drempel voor een duidelijke 'grenswaarde' bij hitte in de cao een stuk hoger is. Werkgevers zijn er, als zij de kosten van 'hitteverlet' niet vergoed krijgen, immers bij gebaat hun werknemers zo lang mogelijk door te laten werken. Dit zou ten koste kunnen gaan van de gezondheid van werknemers.

Ook van de vakbondsbestuurders mag iets worden gevraagd. Eerder is al opgemerkt dat in sommige gevallen werken in hitte wordt gecompenseerd met een extra vergoeding. Dat kan tot dilemma's leiden – hetgeen overigens ook voorkomt bij andere bezwarende arbeidsomstandigheden met inconvenientoelagen. Uitgangspunt, ook van vakbondsbestuurders, zou mijns inziens moeten zijn dat gezondheid vóór (extra) inkomen gaat. Daarin zou de vakbond zich best maternalistisch mogen opstellen.

Over de auteur



Dr. J. Popma
Senior onderzoeker arbeid, risico en recht
Vrije Universiteit
Nederlandse Arbeidsinspectie



Uit de vereniging

Reflectie en de toekomst

De zomer ligt inmiddels achter ons en de dagen worden korter. De meesten van ons zijn weer terug aan het werk, en ook het Human Factors NL bestuur heeft de draad weer opgepakt na een kort zomerreces.

ALV en minisymposium

Tijdens de ALV hebben wij als bestuur gereflecteerd op het jaar wat achter ons ligt en onze plannen voor het komende jaar gepresenteerd. Het jaar 2022 is voor de vereniging met een positief resultaat afgesloten. Om dat ook volgend jaar weer te kunnen doen hebben wij ervoor moeten kiezen om de lidmaatschapstarieven van de vereniging te verhogen. Met de stijgende kosten is dit helaas onvermijdelijk. Wij zijn blij dat de leden hier in de ALV mee ingestemd hebben. De nieuwe tarieven zijn te vinden op de website.

Bestuurswisselingen

De ALV heeft ingestemd met een aantal bestuurswisselingen. Na twee termijnen als bestuurslid van de vereniging hebben Reinier Hoftijzer (penningmeester en ledenadministratie) en Sander Vries (secretaris) aangegeven het stokje over te dragen. Wij danken Reinier en Sander hartelijk voor hun enthousiasme en al het harde werk wat zij in de afgelopen jaren in de vereniging hebben gestoken. We hopen hen natuurlijk nog regelmatig te treffen bij HFNL-gerelateerde activiteiten, te beginnen bij het jaarcongres (zie hierna) waar we feestelijk afscheid van hen zullen nemen.

Ondanks dat het jammer is afscheid te nemen van Reinier en Sander, zijn wij heel blij dat we als vereniging opvolging gevonden hebben om het bestuur en de administratie weer compleet te maken. Chantal Alleblas volgt Reinier op als penningmeester van Human Factors NL en Esther Graaff-Visser neemt de ledenadministratie over. Pieter Coenen zal, nadat hij al een tijdje algemeen bestuurslid was, onze nieuwe secretaris en vice-voorzitter worden.

Vacatures

Hoewel hiermee nu ons bestuur en de ledenadministratie weer op volle sterkte is, zijn wij nog altijd op zoek naar enthousiaste leden die een actieve rol willen vertolken binnen de vereniging. We hebben momenteel de volgende vacatures open staan:

- Commissie Communicatie & Sociale Media
- Commissie Jaarcongres
- Redacteur Tijdschrift voor Human Factors

Kijk voor meer informatie over deze functies op de Human Factors NL website of neem contact op via communicatie@humanfactors.nl.

Human Factors NL Jaarcongres: Co-Creatie

Op 23 november staat weer het jaarlijkse congres op de agenda. Aan de hand van het thema 'Co-Creatie' onderzoeken we dit jaar hoe samenwerking – in de breedste zin van het woord – kan leiden tot verbetering van producten, diensten, processen, organisaties en beleid. Het congres vindt plaats bij het DesignLab van de Universiteit Twente. Zoals ieder jaar bestaat het congresprogramma uit plenaire keynotes en diverse parallelle sessies over uiteenlopende human factors gebieden. Ook wordt traditiegetrouw tijdens het congres de jaarlijkse Human Factors NL Scriptieprijs uitgereikt.

Wij hopen jullie natuurlijk allemaal te zien in Enschede. Houd de website in de gaten voor de laatste updates.

Bestuur van Human Factors NL,

Marijke Melles (voorzitter),
Pieter Coenen (secretaris en vice-voorzitter) en
Chantal Alleblas (penningmeester)