

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 belconsultra. 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

Vorbereiding

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. Bespreeken 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.

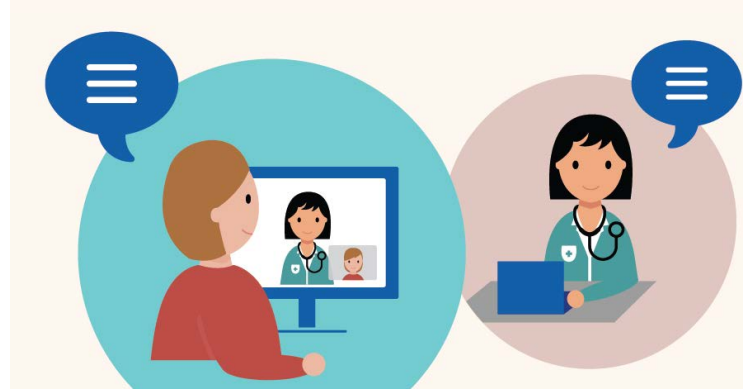
Richtlijn	Coeliakie	Cataract
<i>Patiëntenorganisatie</i>	Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV)	Nederlandse Oogvereniging
<i>Aantal; gemiddelde leeftijd</i>	130 patiënten; 51,5 jaar	14 patiënten; 72 jaar
<i>Ervaring met ZoA (ja, %)</i>	113 (87%)	5 (36%)
<i>Cijfer ZoA (schaal 1-10)</i>	7 of 8 door 55% 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.

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 richtlijnen 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
<i>Argumenten voor</i>	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.
<i>Argumenten tegen</i>	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