



## Best Practice

### Zorg op afstand en efficiënte planning

Auteurs Karin Littink, Casper van der Zee

Versie Augustus 2024

1. Samenvatting
2. Adviezen zorg op afstand
3. Waarom zorg op afstand?
4. Discussiepunten, vragen en ideeën
5. Status Best Practice
6. Referenties

#### 1. Inleiding

Deze Best Practice is een document voor de implementatie van zorg op afstand. In Nederland is de zorg namelijk verantwoordelijk voor ongeveer 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot. Hiervan wordt 22% uitgestoten door transport van patiënten en zorgverleners. Verder gaat 38% naar energie van het pand, 3% naar papier en 22% naar overige zaken als water, sanitair transport binnen het ziekenhuis en catering: uitstoot die deels beperkt kan worden door zorg op afstand en door efficiënt te plannen.

Maar zorg op afstand heeft meer voordelen. Het verbreedt de toegankelijkheid van de zorg en biedt een maatschappelijk kosteneffectief alternatief voor patiëntenvervoer. Bovendien verlaagt het de tijds- en kosteninvestering voor patiënt en maatschappij. Zorg op afstand is dan ook onderdeel van de beweging naar passende zorg.

Deze beweging daagt uit om nieuwsgierig en kritisch naar ons eigen beleid te kijken en waar mogelijk onze gewoontes en patronen aan te passen. Met deze Best Practice geven we daarvoor een eerste aanzet aan de hand van adviezen en praktijkvoorbeelden.

## 2. Adviezen zorg op afstand en efficiënte planning

*Onderstaande punten zijn ideeën om je te inspireren op welke aspecten er wellicht verbeterpunten mogelijk zijn. Uiteraard is iedere poli anders ingericht en iedere patiënten populatie verschillend, en zullen niet alle adviezen voor ieder ziekenhuis/kliniek mogelijk zijn. Sommige adviezen zijn wellicht voor de hand liggend. Echter, de ervaring leert dat sommige processen bij nadere aandacht toch best anders kunnen.*

- Bedenk per consult of het echt nodig is dat de patiënt fysiek aanwezig is.
- Streef ernaar dat waar mogelijk patiënten zoveel mogelijk benodigde onderzoeken tijdens één ziekenhuisbezoek kunnen ondergaan.
- Communiceer duidelijk naar je patiënt over de inhoud van het fysieke consult en het consult op afstand zodat de verwachtingen helder zijn [1].
- Bespreek met de patiënt of er bij een volgend consult mydriatica gegeven zal worden. Indien niet, dan kan een patiënt zonder begeleiding komen. Dit scheelt mogelijk in reisbewegingen van begeleiders.
- Organiseer indien mogelijk de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt, bijvoorbeeld door stabiele patiënten die van ver komen eventueel terug te verwijzen naar de eerste of tweede lijn.
- Verminder de reisbewegingen van zorgverleners en administratief personeel. Dat kan bijvoorbeeld door werk dat thuis gedaan kan worden op één dag te plannen. Denk aan telefonische consulten, mails, e-consulten en administratie.

### *Zorg rondom cataractextractie*

- Preoperatief: streef ernaar om, indien medisch verantwoord, de patiënt in één consult voor te bereiden voor OK (bv consult, biometrie, planning).
- Postoperatief: plan indien mogelijk en medisch verantwoord de postoperatieve controle na de 1<sup>e</sup> OK op de dag van de operatie van het 2<sup>e</sup> oog.
- Indien medisch verantwoord, en gewenst door patiënt en oogarts: bilaterale cataractextractie: hierdoor zijn 2 ziekenhuisbezoeken minder nodig dan bij unilateraal opereren (1x cataractextractie en 1x postoperatieve controle)
- Zie richtlijn “Zorg op afstand bij cataract” van de Federatie Medisch Specialisten [2], waaruit de volgende aanbevelingen voortkomen:

#### **Aanbeveling**

Bespreek de beschikbare mogelijkheden van zorg op afstand in de cataract zorg met de patiënt.

- Geef aan dat zorg op afstand niet geschikt is voor diagnose van cataract.
- Beslis samen met de patiënt of zorg op afstand ingezet wordt voor het bespreken van uitkomsten of overwegingen.
- Beslis samen met de patiënt of het inzetten van zorg op afstand in het postoperatieve traject mogelijk is (eerste postoperatieve controle en monitoring klachten).
- Geef aan dat zorg op afstand (nog) niet geschikt is voor de 4-weekse postoperatieve controle.

### *Zorg rondom intravitreale injecties*

- Streef ernaar om de zorg, indien klinisch en logistiek haalbaar, op zo’n manier in te richten dat direct een intravitreale injectie kan worden gegeven na indicatiestelling en de patiënt hiervoor niet extra terug hoeft te komen.

- Kies bij neovasculaire nLMD voor de treat&extend anti-VGEF behandelstrategie met snel oprekken van het interval en direct controle met injectie. Dit leidt, bij een goede respons, tot de minste injecties en vermindert dus het aantal bezoeken. Dit kan 1 tot 2 consulten per patiënt schelen, zie Richtlijn nLMD, module 'behandelstrategie voor anti-VEGF medicatie [3].

#### *Zorg rondom stabiele chronische patiënten*

- Patiënten met diabetescontroles bij de internist: overweeg screening met fundusfoto's via de afdeling interne geneeskunde met supervisie van een optometrist of PA-er. Patiënten die bij de huisarts gecontroleerd worden voor diabetes en zonder diabetische retinopathie toch in het ziekenhuis gecontroleerd worden actief terugverwijzen naar de huisarts voor screening m.b.v. fundusfoto's [4].

#### *Digitale consultatie*

Er is op dit vlak steeds meer mogelijk tussen arts en patiënt en tussen artsen, met of zonder aanwezigheid van de patiënt. Zo mag een belconsult het eerste polikliniekbezoek als ook een herhaal-polikliniekbezoek vervangen. Wel hangen hier per zorgcontact een aantal voorwaarden aan. Welke dit zijn en wanneer die vervangen kunnen worden staat per zorgcontact beschreven op pagina 130 onder het hoofdstuk 'eHealth' van de FMS registratiewijzer[5]. Wat naast de registratiewijzer nog veel voorkomt om fysieke contacten te verminderen:

- Bij een second opinion waarbij digitale beeldvorming is toegestuurd, kan in sommige gevallen een eerste contact via een videoconsult plaatsvinden.
- Bespreek uitslagen van vervolgonderzoeken zoveel mogelijk op dezelfde dag van het fysieke vervolgonderzoek, of achteraf telefonisch.

#### **Voorbeeld uit UMC Utrecht**

TeleTriageTeam: deze bestaat uit studenten optometrie met supervisie. Zij beoordelen de status van patiënten op de wachtlijst om te kijken of controle überhaupt nodig is op grond van richtlijnen, klachten, afspraken, etc. Op basis hiervan blijkt een deel van de patiënten telefonisch kon worden beoordeeld (4%), door een arts in de buurt kon worden beoordeeld (13%) of helemaal niet meer te hoeven komen (6%).[25]

#### *Aandachtspunten financiering:*

- Het eerste consult hoeft niet een fysiek consult te zijn, zie artikel 23 en 24 van de regeling medisch-specialistische zorg [6]. Dit eerste consult mag volgens de Nederlandse Zorgautoriteit vervangen worden door een:
  - o Telefonisch consult
  - o Videoconsult
  - o Schriftelijkconsult, bijvoorbeeld via e-mail of chat
- Zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur moet dit consult voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek, inclusief verslaglegging in het medisch dossier.
- Bij herhaalconsulten kan een telefonische controle geregistreerd worden als "controle afspraak" als er in het dossier een volledig consult is vermeld (inclusief anamnese, conclusie en aanpassing van beleid).

- Zie ook: <https://www.oogheelkunde.org/nieuwsberichten/regels-over-registratie-van-een-consult-op-afstand/>
- In plaats van een patiënt te tertiair te verwijzen, is er een declarabele mogelijkheid voor overleg over een patiënt, wanneer advies gevraagd wordt aan een officieel erkend experticeentrum [7]. Er zijn twee nieuwe zorgactiviteiten (190174, 190175) beschikbaar voor tweedelijns zorgverleners die een erkend VWS experticeentrum 'zeldzame aandoeningen' raadplegen over diagnose en/of behandeling. De zorgactiviteiten kan als add-on gedeclareerd worden door het tweedelijnscentrum die vervolgens afspraken moet maken met het expertisecentrum. Voor beide prestaties geldt dat zij eenmaal kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd voor het volledige adviestraject. Voor de lijst met erkende expertisecentra, zie [8].

### 3. Waarom zorg op afstand?

Nederland zet in op klimaatneutraliteit in 2050 [9]. Daarvoor wil Nederland de uitstoot van broeikasgassen met 49% reduceren in 2030. Dezelfde doelstelling geldt voor de zorg, vastgelegd in de Green Deal Duurzame Zorg [10]. De gezondheidsraad presenteerde onlangs een advies waarin staat dat duurzaamheid een norm voor goede zorg moet zijn [11]. Om dit te realiseren is vanaf 2019 een jaarlijkse CO<sub>2</sub>-reductie van 6-8% in de zorg noodzakelijk. Het NOG heeft zich ook aan deze doelstelling gecommitteerd. Voor ons als NOG-leden is er dus een belangrijke taak weggelegd om onze werkzaamheden te verduurzamen. Recent heeft *Gupta Strategist* een rapport uitgebracht over de impact van zorg op duurzaamheidspijlers en beschrijven ze hoe een veranderstrategie eruit kan zien [12].

#### *CO<sub>2</sub>-uitstoot zorg*

De zorg is wereldwijd verantwoordelijk voor 4-10% van nationale CO<sub>2</sub>-uitstoot [13–17]. In Nederland is dat ongeveer 7% [18,19]. Hiervan wordt 22% uitgestoot door transport (patiënten én zorgverleners), 38% gaat naar energie van het pand, 3% naar papier en 22% naar overige zaken als water, sanitair transport binnen het ziekenhuis en catering: uitstoot die deels beperkt kan worden door zorg op afstand.

#### *Milieubelasting ziekenhuis*

Via milieubarometer.nl is de milieubelasting van een gemiddeld ziekenhuis berekend (figuur 1). Zo is de uitstoot van een policonsult ongeveer 20 kg CO<sub>2</sub> (ruim 3,5 uur douchen), een ligdag 56 kg CO<sub>2</sub> en een gemiddelde operatie ongeveer 202 kg CO<sub>2</sub> [20,21]. Wat betreft de reis-uitstoot wordt het overgrote deel veroorzaakt door transport met de auto; je kan dus al bijdragen door, indien mogelijk, met een ander vervoersmiddel te komen.

#### *Passende zorg om CO<sub>2</sub>-uitstoot te verlagen*

Om de CO<sub>2</sub> uitstoot te verlagen wordt ingezet op 'passende zorg'. Een van de uitgangspunten van het Integraal Zorgakkoord is dat zorg digitaal plaatsvindt als het kan en fysiek als het moet.[22] Dit betekent onder andere het voorkomen van niet-zinnige zorg, de Juiste Zorg op de Juiste Plek en meer digitale zorg. Zorg die op afstand geleverd wordt bespaart bijvoorbeeld al de bovengenoemde uitstoot van een policonsult. Met behulp van de *Carbon Calculator for Remote Care*[23] kan berekend worden hoeveel CO<sub>2</sub> er bespaard wordt door een vermindering van een aantal reisbewegingen.

#### *Snelle stappen zijn mogelijk*

Systeemveranderingen zijn ingewikkeld en traag, maar de covid-pandemie laat zien dat acuut

overstappen op zorg op afstand mogelijk is [2,24]. Een recent paper beschrijft hoe tijdens de covid-periode het 'TeleTriageTeam' ontwikkeld is: studenten-optometrie onder supervisie van een oogarts die patiënten op de wachtlijst van het UMC Utrecht triageren. Wat bleek: voor bijna de helft van de gevallen uit de kliniek van het UMCU kon een alternatief worden gevonden voor een fysiek consult in de academie [25].

#### *Zorg op afstand maakt impact*

Zorg op afstand vergroot de toegankelijkheid van zorg en biedt een maatschappelijk kosteneffectief alternatief op patiëntenvervoer [26,27]. Los van deze voordelen, draagt het ook bij aan de toegankelijkheid, tijds-, en kosten investering voor patiënt en maatschappij. Denk naast tijd en vervoer bijvoorbeeld ook aan de begeleider van de patiënt, de maatschappelijke kosten voor het afzeggen van werk, parkeren, wachten in de wachtkamer etc [28,29]. Kortom: zorg op afstand heeft potentie om impact te maken. Echter zijn er ook belangrijke factoren die een barrière vormen voor de implementatie van thuismetingen. De richtlijn Zorg op afstand (zie Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie) adviseert om o.a. te denken aan digitale geletterdheid en voorzieningen van de patiënt zoals een computer, telefoon of een webcam [2]. Van de huidige generatie is niet iedereen digitaal onderlegd, wat betekent dat sommige patiënten niet in staat zullen zijn om de metingen zelfstandig thuis uit te voeren. Echter kan een groot deel van deze patiënten wél samen met een naaste digitale zorg de test volbrengen. Bij toepassen van deze vorm van zorg is het van belang dat de zorgverlener voorafgaand hieraan een inschatting maakt van de haalbaarheid.

#### *Wat vindt de patiënt?*

De patiëntenfederatie stelt een rapport op met generieke aanbevelingen over zorg op afstand waar ze handvatten en randvoorwaarden van digitale zorg vormgeven, zie hoofdstuk 4 t/m 7. Zo hebben ze tussen 2020 en 2022 23.515 vragenlijsten laten invullen door patiënten over hun ervaringen met zorg op afstand. Patiënten geven digitale zorg een rapportcijfer van een 7 of een 8 en ervaren ze digitale zorg net zo positief als fysieke zorg. Daarnaast vinden ze de flexibiliteit en tijdsbesparing prettig. Als nadelen noemen ze dat "de communicatie soms moeizaam gaat en is het soms wat onpersoonlijker".



Fig 1: milieubelasting van een gemiddeld ziekenhuis.

<https://www.milieubarometer.nl/voorbeelden/ziekenhuis/>

## 4. Discussiepunten, vragen en ideeën

Om CO<sub>2</sub> vermindering te realiseren is het goed om kritisch op ons eigen beleid te zijn en zo nodig onze gewoontes en patronen te doorbreken met rationele keuzes. Deze Best Practice geeft een eerste globale aanzet daartoe om inspiratie op te doen. Een en ander kan veranderen door voortschrijdend inzicht. Deze Best Practice kan dus aangevuld worden met nieuwe inzichten en bewijs. Om deze ontwikkeling te stimuleren staan hieronder enkele discussiepunten waar wij met elkaar mee aan de slag kunnen. Voor vragen, ideeën en suggesties kunt u contact opnemen met de Projectgroep Duurzame Oogheelkunde ([duurzameoogheelkunde@gmail.com](mailto:duurzameoogheelkunde@gmail.com)).

### Discussiepunten

- Hoe kunnen we de reisbewegingen van de patiënt verder verminderen?
- Waar is ruimte om de reisbewegingen van zorgverleners te verminderen?
- Stroomlijn digitaal contact tussen patiënt en zorgverleners: aanvullende tips en ervaringen uit de praktijk?
- Waar en hoe wordt duurzame zorg op afstand evt. belemmerd terwijl onderbouwing twijfelachtig is, bijvoorbeeld door richtlijnen en protocollen?
- Kunnen bekende patiënten op basis van anamnese behandeld worden, zonder het oog daadwerkelijk gezien te hebben (bv: geen of juist wel klachten bij herpes patiënten)
- Kunnen ivi's op locatie worden gegeven (bv in een gezondheidscentrum)?
- Mogelijk toekomstplan t.a.v. eindcontrole na cataract extractie: digitale eindcontrole met behulp van online oogmeting [30].
- Stabiele glaucoom patiënten of patiënten met risico op glaucoom: naar optometrist in de regio? Optometristen kunnen geen medicatie voorschrijven; dit zou goed gestroomlijnd moeten worden.

## 5. Status Best Practice

Het is belangrijk te vermelden dat een Beste Practice geen richtlijn is, maar een middel om de oogheekundige praktijk te verduurzamen. Een richtlijn is leidend in de medische besluitvorming. Overigens moeten in de toekomst alle nieuwe richtlijnen een duurzaamheidsparagraaf bevatten, waardoor de richtlijn en deze Best Practice naar elkaar groeien. Deze Best Practice is goedgekeurd door de commissie kwaliteit van het NOG.

De Best Practice is geschreven voor oogartsen. De Best Practice bestaat uit een verzameling van praktijkvoorbeelden. Gebruik dit document, in samenwerking met uw greenteam, om de ketenzorg duurzamer te maken. Deze Best Practice is 'work in progress' en zal aangevuld en aangepast worden indien er nieuwe inzichten en bewijzen beschikbaar komen.

*Disclaimer: De auteurs hebben geen financieel belang bij deze Best Practice.*

### Disclaimer

- Dit advies is opgesteld op basis van de bij de auteur beschikbare informatie en kan worden aangepast n.a.v. nieuwe inzichten.

## Projectgroep Duurzame Oogheelkunde

- Dit advies kan worden gebruikt om beleid op te baseren, maar is geen richtlijn.
- Er is de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit advies. Desondanks accepteert het NOG geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit advies.

**Mail uw eigen initiatieven of suggesties t.a.v. voor zorg op afstand aan:**  
[duurzameoogheelkunde@gmail.com](mailto:duurzameoogheelkunde@gmail.com)

## 6. Referenties

- [1] Claessens JIJ, Maats EPE, Iacob ME, Wisse RPL, Jongsma KR. Introducing e-health technology to routine cataract care: patient perspectives on web-based eye test for postoperative telemonitoring. *J Cataract Refract Surg* 2023;49:659–65.  
<https://doi.org/10.1097/J.JCRS.0000000000001189>.
- [2] Zorg op afstand bij cataract - Richtlijn - Richtlijndatabase n.d.  
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ataract/zorg\\_op\\_afstand\\_bij\\_ataract.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ataract/zorg_op_afstand_bij_ataract.html) (accessed January 8, 2024).
- [3] Richtlijndatabase FMS. Richtlijn Leeftijdsgebonden Maculadegeneratie (LMD) 2023.
- [4] Startpagina - Diabetische retinopathie - Richtlijn - Richtlijndatabase n.d.  
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische\\_retinopathie/startpagina\\_diabetische\\_reti\\_nopathie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_retinopathie/startpagina_diabetische_reti_nopathie.html) (accessed June 14, 2024).
- [5] REGISTRATIEWIJZER 2024 n.d.
- [6] Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2306a - Nederlandse Zorgautoriteit n.d.  
[https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_720738\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_720738_22/1/) (accessed January 8, 2024).
- [7] NOG BBC Wijzigingen DBC/DOT documenten 2023. [https://WwwOogheelkundeOrg/Wp-Content/Uploads/2022/12/Wijzigingen-DBC-Registratie-2023Pdf?Rs\\_file\\_key=2622399496399a73e2f27f323945053](https://WwwOogheelkundeOrg/Wp-Content/Uploads/2022/12/Wijzigingen-DBC-Registratie-2023Pdf?Rs_file_key=2622399496399a73e2f27f323945053) n.d.
- [8] Publicatieoverzicht van erkende expertisecentra voor zeldzame aandoeningen (ECZA's) | Publicatie | Rijksoverheid.nl n.d. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/publicaties/2022/10/03/publicatieoverzicht-van-erkende-expertisecentra-voor-zeldzame-aandoeningen-eczas> (accessed August 12, 2024).
- [9] Klimaatplan 2021-2030 | Beleidsnota | Rijksoverheid.nl n.d.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/beleidsnotas/2020/04/24/klimaatplan-2021-2030> (accessed January 8, 2024).
- [10] Green Deal Duurzame Zorg n.d. <https://www.greendealduurzamezorg.nl/> (accessed January 8, 2024).
- [11] Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg | Zorg | Gezondheidsraad n.d.  
<https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/zorg/alle-adviezen-over-zorg/verduurzaming-van-hulpmiddelen-in-de-zorg> (accessed January 8, 2024).
- [12] Strategists G. De inhaalrace naar Duurzame Zorg. 2022.
- [13] Tennison I, Roschnik S, Ashby B, Boyd R, Hamilton I, Oreszczyn T, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health* 2021;5:e84–92. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30271-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30271-0).
- [14] Malik A, Lenzen M, McAlister S, McGain F. The carbon footprint of Australian health care. *Lancet Planet Health* 2018;2:e2–3. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30180-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30180-8).
- [15] Eckelman MJ, Sherman J. Environmental Impacts of the U.S. Health Care System and Effects on Public Health. *PLoS One* 2016;11:e0157014.  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0157014>.



- [16] Vogel L. Canada's health system is among the least green. *CMAJ* 2019;191:E1342–3. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.1095834>.
- [17] Mayor S. NHS should bring in measures to reduce its carbon footprint, BMA says. *BMJ : British Medical Journal* 2008;336:740. <https://doi.org/10.1136/BMJ.39538.375706.DB>.
- [18] Strategists G. Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg 2019.
- [19] Steenmeijer MA, Rodrigues JFD, Zijp MC, Waaijers-van der Loop SL. The environmental impact of the Dutch health-care sector beyond climate change: an input–output analysis. *Lancet Planet Health* 2022;6:e949–57. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00244-3).
- [20] Uitstootcijfers geven grip op verduurzaming | medischcontact n.d. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/uitstootcijfers-geven-grip-op-verduurzaming> (accessed January 8, 2024).
- [21] MacNeill AJ, Lillywhite R, Brown CJ. The impact of surgery on global climate: a carbon footprinting study of operating theatres in three health systems. *Lancet Planet Health* 2017;1:e360–7. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30162-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30162-6).
- [22] Integraal Zorgakkoord: “Samen werken aan gezonde zorg” | Rapport | Rijksoverheid.nl n.d. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg> (accessed January 8, 2024).
- [23] van der Zee C, Chang-Wolf J, Koopmanschap M, van Leeuwen R, Wisse R. Methods for Calculating the Carbon Footprint of Telemedicine: A Systematic Review 2023. <https://doi.org/10.21203/RS.3.RS-2998664/V1>.
- [24] Cortez C, Mansour O, Qato DM, Stafford RS, Alexander GC. Changes in Short-term, Long-term, and Preventive Care Delivery in US Office-Based and Telemedicine Visits During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum* 2021;2:e211529–e211529. <https://doi.org/10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2021.1529>.
- [25] Claessens J, Mueller-Schotte S, van Weerden J, Kort H, Imhof S, Wisse R. The TeleTriageTeam, Offering Continuity of Personalized Care Through Telemedicine: Development and Evaluation. *JMIR Hum Factors* 2023;10. <https://doi.org/10.2196/46145>.
- [26] Tuckson R V, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *New England Journal of Medicine* 2017;377:1585–92. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>.
- [27] ‘Milieu-impact van digital health is grote bijvangst’ - ICT&health | Het officiële kennisplatform voor zorginnovatie n.d. <https://icthealth.nl/online-magazine/editie-04-2022/milieu-impact-van-digital-health-is-grote-bijvangst/> (accessed January 8, 2024).
- [28] Philips R, Seim N, Matrká L, Locklear B, Moberly AC, Inman M, et al. Cost savings associated with an outpatient otolaryngology telemedicine clinic. *Laryngoscope Investig Otolaryngol* 2019;4:234–40. <https://doi.org/10.1002/LIO2.244>.
- [29] Jue JS, Spector SA, Spector SA. Telemedicine broadening access to care for complex cases. *J Surg Res* 2017;220:164–70. <https://doi.org/10.1016/J.JSS.2017.06.085>.
- [30] Claessens JIJ, Wanten JC, Bauer NJC, Nuijts RMMA, Vrijman V, Selek E, et al. Web-based Telemonitoring of Visual Function and Self-reported Postoperative Outcomes in Cataract

Care: an International Multicenter RCT. J Cataract Refract Surg 2024.  
<https://doi.org/10.1097/J.JCRS.0000000000001492>.