



nederlands huisartsen  
genootschap

# Huisarts, patiënt en e-health

**Jaco van Duivenboden**

© 2015, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
1. Inleiding .....	3
2. E-health in de huisartsenzorg.....	5
3. Online dienstverlening en contact .....	9
4. Digitale inzage van gegevens door de patiënt .....	12
5. Invoer van digitale gegevens door de patiënt.....	19
6. Online behandeling .....	23
7. Informatiebeveiliging en privacy .....	26
8. Kwaliteitscriteria e-health .....	30

## Samenvatting

E-health in de huisartsenzorg staat volop in de belangstelling. E-health wordt gedefinieerd als *“het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”*. Voor de huisartsenpraktijk is daarbij vooral het digitaal ondersteunde contact tussen huisarts en patiënt van belang. Zowel de Toekomstvisie 2022 van NHG en LHV als het NHG-Standpunt E-health onderstrepen het **belang van moderne dienstverlening via e-health toepassingen**.

Er is veel e-health aanbod, maar onvoldoende kennis van de kwaliteit en mogelijkheden. Nieuwe ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op, zonder dat er duidelijke kaders zijn vanuit de beroepsgroep over hoe hiermee om te gaan. De ontwikkeling en het gebruik van e-health dreigt daardoor te stagneren. Dit document is een verder uitwerking van het in 2013 gepubliceerde NHG-Standpunt e-health. We schetsen de belangrijkste e-health ontwikkelingen voor de huisartsenpraktijk, de visie van het NHG daarop en doen praktische aanbevelingen. Daarbij ligt de focus op vier soorten e-health:

- **online dienstverlening en contact** (e-consult, herhaalrecepten, digitale afspraken);
- **digitale inzage van gegevens** door de patiënt;
- **aanlevering van gegevens** door de patiënt;
- **online behandeling**.

**Online dienstverlening en contact** gebeurt onder meer via e-consult, online afspraken en digitale herhaalrecepten, waarbij de laatste de meest succesvolle toepassing is. Social media en videoconsults zijn ook mogelijk, maar zeker nog niet ingeburgerd. Voor goede online dienstverlening en goed digitaal contact tussen huisarts en patiënt is een digitale koppeling met het HIS cruciaal. Goede communicatie naar de patiënt over de werking van online dienstverlening en contact is nodig. Voor de huisartsenpraktijk zal het NHG enkele praktische checklists ontwikkelen die helpen bij de invoering.

**Inzage in het volledige medische dossier** is een recht van de patiënt. Digitale toegang tot het medisch dossier ligt in het logische verlengde hiervan. Het voornemen is dit recht in wetgeving op te nemen (Wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking gegevens). Digitale toegang tot het dossier heeft diverse inhoudelijke voordelen: het kan begrip van de ziekte, de kwaliteit van het dossier en dus de zorg ten goede komen. Digitale inzage in het huisartsendossier is in Nederland nog niet breed ingevoerd. Het NHG ziet digitale inzage niet als doel, maar als middel voor specifieke doelstellingen, zoals het ondersteunen van zelfmanagement of als hulp bij toepassingen zoals e-consult of digitale herhaalrecepten. Een gefaseerde invoering van digitale inzage is verstandig. Hierbij kan dan ook aandacht worden gegeven aan voorlichting en structurering van de gegevens die tussen huisarts en patiënt worden uitgewisseld. Het NHG zal hiervoor in samenwerking met patiëntenorganisaties een richtlijn gegevensuitwisseling huisarts/patiënt opstellen, die dit verder beschrijft.

Patiënten hebben steeds meer mogelijkheden om **digitaal medische gegevens aan te leveren** aan de huisarts. Dat kan via allerlei hulpmiddelen, zoals een app, een website aangeboden door de huisarts, of door een PGD (Persoonlijk Gezondheids Dossier). Vooral relevant zijn dan gegevens die worden verzameld naar aanleiding van klachten, of in het kader van een behandeling of zelfmanagement programma.

Om deze gegevens goed uit te kunnen wisselen is inhoudelijke en technische standaardisatie nodig. In de spreekkamer is het vooral van belang heldere afspraken te maken: welke gegevens wil de patiënt vastleggen, welke zijn voor de huisarts relevant? Hoe vaak dient dit te gebeuren? Hier afspraken over maken helpt in het uiteindelijk zinvol uitwisselen van digitale gegevens.

Behalve online dienstverlening, contact en gegevensuitwisseling rondom het medisch dossier, zijn er ook steeds meer mogelijkheden om **online behandeling** mogelijk te maken. In de GGZ is hier al de nodige ervaring mee opgedaan. Daarnaast zijn er meer onderwerpen op die manier opgepakt, zoals voedingsadviezen, stoppen met roken- en beweegprogramma's. In zijn algemeenheid is het bij online programma's van belang dat deze zijn gebaseerd op wetenschappelijk gevalideerde methoden, geschikt voor patiënten in de eerste lijn. Online behandelen/begeleiden kan goed gecombineerd worden met bestaande "face to face" vormen van contact. Optimaal is een combinatie, waarbij online en offline contact naadloos in elkaar overlopen. Een goede gegevensuitwisseling tussen het online programma en de huisartsenpraktijk (het HIS) is nodig. De behoefte aan een overzicht van kwalitatief goede online interventies, zoals voor de GGZ, is groot. In samenwerking met het Trimbos instituut wordt gewerkt aan praktische ondersteuning en kwaliteitsbeoordeling van bewezen goede interventies.

Bij elke vorm van ICT in de zorg, en zeker bij e-health is aandacht nodig voor **informatiebeveiliging en privacy**. Drie thema's zijn bij e-health vooral van belang:

- **Beveiligde gegevensuitwisseling;**
- **Identificatie en authenticatie;**
- **Verantwoordelijkheden bij opslag en uitwisseling van gegevens;**

Wat **goede e-health** is, laat zich niet in een keurmerk vatten. Daarvoor zijn de e-health toepassingen te divers en gaan de ontwikkelingen te snel. Wel zijn er algemene criteria die we kunnen hanteren bij het op waarde schatten van bestaande en nieuwe e-health toepassingen.

- De **effecten en ervaringen** met de toepassing zijn bekend;
- De toepassing respecteert de **huisarts / patiënt relatie**;
- De toepassing maakt het mogelijk **online en offline** te combineren;
- Onderdeel daarvan is dat de toepassing zeer goed **koppelbaar** is met bestaande systemen, zoals **HIS'en KIS'en**;
- **Transparantie over de aanbieder** van een e-health toepassing is nodig: wie is de aanbieder, hoe zit het aanbod in elkaar en **hoe wordt omgegaan met medische gegevens?**
- **Heldere communicatie over de e-health toepassing** is van groot belang bij de invoering in de huisartsenpraktijk. Dit maakt verwachtingen bij patiënt en huisarts duidelijk.

Er is veel behoefte aan inzicht in goede voorbeelden van e-health. Het NHG zal onder meer via de websites HAweb, Thuisarts.nl en nhg.org aandacht besteden aan dergelijke e-health toepassingen. Om de aansluiting van e-health toepassingen en het HIS te bevorderen zal in het NHG HIS-Referentiemodel aandacht worden besteed aan de koppeling van deze twee. Het gaat dan vooral om dossierinzage en het kunnen toevoegen van gegevens door de patiënt.

## 1. Inleiding

E-health wordt meestal gedefinieerd als *“het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”*. Het onderwerp staat al enkele jaren volop in de belangstelling van professionals, patiënten, overheid, verzekeraars en de politiek. Dit is niet verwonderlijk.

Technologische vooruitgang heeft op diverse maatschappelijke terreinen een grote invloed gehad. Internet is niet meer weg te denken uit ons dagelijks doen en laten. In de gezondheidszorg en zeker de huisartsenzorg is ICT ook gewoon geworden, maar voor het contact tussen professional en patiënt wordt het nog nauwelijks ingezet. Een andere reden waarom e-health zo in de belangstelling staat is dat er veel wordt verwacht van de kwaliteitsverbetering die het met zich mee kan brengen. Kwaliteit kan dan in allerlei termen uitgelegd worden. Meer e-health zou prettiger zijn voor de patiënt, het zou tijd besparen en levert mogelijk ook betere zorg op. Gegeven de stijgende zorgkosten is het dan logisch dat steeds meer partijen hun kaarten zetten op meer e-health. Een laatste verklaring vinden we in de ontwikkeling van paternalisme naar meer participatie, meer betrokkenheid en meer regie voor de patiënt. Meer dan voorheen wordt van burgers en dus ook van patiënten verwacht dat zij regie voeren. Ook in de zorg is die trend zichtbaar. ICT biedt één van de sleutels om de patiënt die rol op te laten pakken. Om die reden is e-health volop in beeld.

Voor de huisartsenzorg zijn er al jaren grote verwachtingen ten aanzien van e-health. In tegenstelling tot andere beroepsgroepen in de zorg zijn huisartsen vergevorderd in de automatisering van dossiervoering. Elke huisarts werkt met een HIS, houdt daarin een gestructureerd dossier bij en wisselt voor een belangrijk deel digitale gegevens uit met ketenpartners. Digitale communicatie met de patiënt is echter verre van ingeburgerd. De huisartsenzorg staat volop onder druk van diverse maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Dit is op zichzelf niet nieuw, maar versterkt wel de roep om ingrijpende, nieuwe oplossingen. E-health zou zo'n oplossing kunnen bieden. Het NHG onderkent het groeiende belang van e-health en is voorstander van de nieuwe mogelijkheden die dit biedt aan patiënt en zorgverlener. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022<sup>1</sup> wordt dit ook helder verwoord:

### *Citaten over e-health in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*

*“De huisarts – nu, maar ook in 2022 – levert zorg in fysieke consulten en visites, aangevuld met ICT-hulpmiddelen.”*

*“Om de service naar patiënten te verbeteren, maken huisartsen actief gebruik van de mogelijkheden voor informatie- en communicatie technologie.”*

*“De tijd en vorm van de consulten worden afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt: kort – indien gewenst via ICT (e-mail, video, chat) – bij patiënten met eenduidige vragen en problemen, en langer en ‘face to face’ bij kwetsbare (oudere) patiënten met multi problematiek.”*

---

<sup>1</sup> LHV/NHG. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. LHV/NHG, 2012.

*“De huisarts wijst patiënten die dat willen en kunnen op de mogelijkheden zich aan te sluiten bij (digitale) gemeenschappen van lotgenoten, die de eigen kracht en het zelfmanagement versterken. Via ‘personal health records’ en op aandoeningsgerichte websites kunnen zij met (gecertificeerde) zorgverleners communiceren en audits raadplegen.”*

---

E-health biedt volop kansen voor huisartsen hun service en bereikbaarheid te verbeteren en zorg op een meer efficiënte manier te organiseren. Het NHG ziet het als haar taak haar leden te ondersteunen door middel van richtlijnen, praktische hulpmiddelen en onderbouwde adviezen ten aanzien van kwalitatief goede e-health toepassingen. In toenemende mate doen huisartsen, zorggroepen en softwareleveranciers een beroep op het NHG met diverse e-health gerelateerde vragen. Centraal daarin staat één thema, namelijk: wat is goede e-health voor de huisartsenzorg? In deze notitie gaan we in op dit thema.

E-health is een typisch containerbegrip. Er circuleren diverse definities die soms zeer breed zijn en soms alle ICT die er in de gezondheidszorg wordt gebruikt er onder scharen. In het in 2013 geformuleerde NHG-Standpunt over e-health wordt nadrukkelijk gefocust op de relatie huisarts en patiënt. In deze handreiking leggen we dan ook nadruk op toepassingen en ICT ontwikkelingen die de huisarts helpen bij het contact met en de zorg voor patiënten, namelijk:

- **Online dienstverlening** van de huisarts: e-consult, online afspraken en online recepten aanvragen;
- **Digitale inzage van gegevens door de patiënt;**
- **Digitale aanlevering van gegevens door de patiënt;**
- **Online behandeling en begeleiding.**

In dit document geeft het NHG haar visie op e-health in de huisartsenpraktijk. Dat begint met een schets van de stand van zaken en belangrijke ontwikkelingen. Doordat er veel e-health ontwikkelingen zijn, is kritische reflectie nodig. Wat is bijvoorbeeld “goede” e-health? Hoe sluit dit aan bij de praktijk? Hoe beoordeelt het NHG e-health ontwikkelingen?

Allereerst geven we een overzicht van het thema e-health in de huisartsenzorg. Wat is het? Welke knelpunten worden er ervaren in de praktijk? Vervolgens worden de hiervoor aangehaalde toepassingen besproken. Hierbij wordt ingegaan op vier vragen: waar hebben we het over, wat is – voor zover bekend - de stand van zaken in Nederland, wat is wenselijk en welke aandachts- en knelpunten bestaan er? Ook worden aanbevelingen gegeven voor het gebruik in de praktijk. Omdat het thema voor elke e-health toepassing van belang is gaan we in het voorlaatste hoofdstuk in op vraagstukken rondom informatiebeveiliging en privacy bij e-health. Ook daar worden enige aanbevelingen gedaan. We sluiten af met enkele algemene kwaliteitscriteria die voor e-health toepassingen in de huisartsenzorg relevant zijn.

De doelgroep van dit document zijn huisartsenpraktijken die actief aan de slag willen met e-health. Daarnaast bevat het nuttige informatie voor zorggroepen, softwareleveranciers, beleidsmakers en beroepsorganisaties.

De lezer die snel op de hoogte wil zijn van de inhoud kan de samenvatting tot zich nemen en zich beperken tot de aanbevelingen per hoofdstuk.

## 2. E-health in de huisartsenzorg

### Waar hebben we het over?

De meest aangehaalde definitie van e-health is die van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg<sup>2</sup>.

*“het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”*

Deze definitie is zeer breed. Voor de huisartsenzorg beperkt het NHG zich vanzelfsprekend tot de huisartsenpraktijk en zijn omgeving, maar we beperken ons ook tot de kern van het vak: **de relatie huisarts(enpraktijk) en patiënt**. Dit betekent dat we in dit document toepassingen voor zorgverleners onderling, zoals Zorgdomein, videoconsultatie tussen huisarts en specialist of elektronisch berichtenverkeer tussen huisarts en apotheek, buiten beschouwing laten. Voor dit document hanteren we een meer specifieke definitie:

#### E-health in de huisartsenzorg: definitie

*E-health in de huisartsenzorg omvat het digitaal ondersteunen van:*

- 1. patiëntenvoorlichting,*
  - 2. het contact tussen huisartsenpraktijk en patiënt,*
  - 3. het leveren van zorg door de huisartsenpraktijk en*
  - 4. zelfmanagement door patiënten.*
- 

### Stand van zaken in Nederland

Een van de eerste e-health toepassingen voor de huisartsenpraktijk is het e-consult, dat omstreeks 2005 voorzichtig werd geïntroduceerd. Sindsdien zijn er veel mogelijkheden bijgekomen, allemaal gericht op de in onze definitie aangehaalde elementen. Door diverse ontwikkelingen is de hoeveelheid e-health mogelijkheden gegroeid.

- Groei in het gebruik van mobiele telefoons en tablets en parallel daaraan de introductie van medische apps;
- Opkomst van websites voor het invoeren en beheren van persoonlijke gezondheidsgegevens (PGD, oftewel, een Persoonlijk Gezondheids Dossier);
- “Volwassen” worden van medisch-inhoudelijke publiekswbsites, zoals Thuisarts.nl en Apotheek.nl;
- Introductie van gezondheidsplatforms door grote internationale spelers, zoals Google, Microsoft, Apple en Samsung;
- Introductie van websites/portalen gericht op de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener, al dan niet gekoppeld aan HIS of KIS;

---

<sup>2</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. RVZ, 2002.

Het aanbod is divers, groot en groeit voortdurend. Het helpt om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden als we een en ander ordenen. Voor de ordening van e-health zijn diverse modellen geïntroduceerd. Nictiz hanteert drie manieren om naar e-health te kijken<sup>3</sup>, te weten:

- Ordening naar gebruikersdimensie: wie gebruiken de e-health toepassing? In lijn met de focus van dit document zijn dat de huisartsenpraktijk (huisarts, praktijkondersteuner, assistente et cetera) en de patiënt.
- Ordening naar het zorgproces: voor de huisartsenpraktijk zijn hier grofweg drie algemene processen in te onderscheiden: voorlichting, zorg en logistiek. In het eerste geval gaat het om digitale ondersteuning bij het geven van voorlichting aan patiënten. Het primaire proces is het verlenen van zorg: dus toepassingen die de zorg rechtstreeks ondersteunen of (deels) digitaal vervangen. Bij logistiek kunnen we vooral denken aan het digitaal ondersteunen van veelvoorkomende, vooral logistieke handelingen, zoals het maken van een afspraak en het inschrijven van een patiënt.
- Ordening naar gebruikte technologie. Dit heeft vooral betrekking op de manier waarop toepassingen beschikbaar worden gesteld. Een e-health toepassing kan op allerlei manieren worden aangeboden: een website, app, een draagbaar apparaat, of technische voorzieningen in huis (domotica), of combinaties hiervan.

De vraag is hoe het staat met het gebruik door patiënten en huisartsenpraktijken. Om een goed beeld te krijgen van de stand van zaken voor wat betreft e-health in de Nederlandse huisartsenzorg is onderzoek nodig. Er vindt medio 2015 nog geen systematisch onderzoek plaats naar implementatie, gebruik en effecten van e-health toepassingen in de huisartsenpraktijk. Wel zijn er detailstudies naar verschillende toepassingen of digitale interventies, maar deze geven geen sluitend overzicht. Enig inzicht is te halen uit de sinds 2013 uitgevoerde e-health monitor. Het streven is om deze monitor jaarlijks uit te voeren. De monitor bestaat uit een panelonderzoek naar bekendheid onder zorggebruikers (Nederlanders met toegang tot de gezondheidszorg) en zorgverleners met e-health (zie hieronder)<sup>4</sup>.

#### *Bekendheid en gebruik e-health (2014)*

- *65% van de zorggebruikers gebruikt internet voor informatie over ziekte of behandeling;*
  - *Zelfmanagement toepassingen, zoals zelftests, medicatieherinneringen en het online bijhouden van eigen gezondheidsgegevens, worden nauwelijks gebruikt;*
  - *Voor communicatie tussen zorgverlener en patiënt geldt dat er veel aanbod is, maar zorggebruikers zijn er slecht van op de hoogte. Zo kan bij circa twee derde van de huisartspraktijken een digitaal herhaalrecept worden aangevraagd, maar slechts één op de vijf zorggebruikers weet dit.*
- 

<sup>3</sup> Nictiz. Ordening in de wereld van eHealth. Nictiz, 2012.

<sup>4</sup> Nictiz. eHealth monitor 2014. Nictiz, 2014.



- *Zorgverleners bieden nauwelijks oplossingen waarmee zorggebruikers inzage kunnen krijgen in medische gegevens, zoals laboratorium uitslagen of delen van het dossier in de huisartsenpraktijk. Volgens 3% van de ondervraagde zorggebruikers is dit bij huisarts, medisch specialist of fysiotherapeut mogelijk. Over het werkelijk gebruik hiervan is op basis van de e-health monitor weinig te zeggen.*
  - *Onder huisartsen die e-health gebruiken wordt vooral gemeld dat de effecten op patiënttevredenheid, toegankelijkheid en doelmatigheid positief zijn. Dat het kostenbesparend is, wordt door slechts een minderheid gemeld.*
- 

Het beeld bij e-health in de huisartsenpraktijk anno 2015 laat zich als volgt omschrijven.

- Huisartsen en patiënten zijn nog onvoldoende bekend met de mogelijkheden van e-health;
- Hoewel diverse onderzoeken aangeven dat patiënten (veel) meer digitaal willen uitwisselen met hun zorgverleners, leidt dit in de praktijk nog niet tot veel gebruik van al beschikbare mogelijkheden: aanbod van e-health door huisartsen betekent niet automatisch dat patiënten daar ook mee gaan werken;
- De wensen van patiënten zijn niet eenduidig. Dit is logisch: een huisartsenpraktijk heeft te maken met een brede doorsnede van de bevolking, die niet allemaal dezelfde wensen en eisen hebben;
- Bekostiging vormt vaak een drempel voor het starten met e-health;
- Er zijn twijfels over de effecten en opbrengsten in de praktijk;
- Systemen zoals HIS'en en KIS'en introduceren steeds vaker digitale mogelijkheden, zoals beveiligde websites of "portalen", om als zorgverlener en patiënt samen te werken.

### Wenselijke situatie

In de Toekomstvisie 2022 van NHG en LHV is het belang van e-health voor de huisartsenpraktijk al aangehaald. In de toekomst heeft en gebruikt elke huisartsenpraktijk digitale hulpmiddelen ter ondersteuning van het contact en de zorgverlening tussen de professional en de patiënt. Deze hulpmiddelen zijn betaalbaar, waar mogelijk bewezen effectief, gebruiksvriendelijk en komen de kwaliteit van de zorg ten goede, waaronder de verbetering van de patiënttevredenheid. Gegeven het hiervoor geschetste beeld is dit zeer ambitieus. Dit kan dan ook alleen realistisch worden gezien als voldaan wordt aan diverse randvoorwaarden. Deze worden hieronder uitgewerkt.

### Aandachtspunten

De invoering van e-health in de huisartsenpraktijk verloopt langzaam. Om e-health een regulier onderdeel van het zorgaanbod te laten worden, is het nodig dat er meer aandacht komt voor de volgende punten:

- Beperkt gevoelde behoefte aan of noodzaak voor e-health bij huisartsen en patiënten;
- Stimuleren van kennis over e-health toepassingen bij huisartsen (én patiënten);
- Privacy en juridische randvoorwaarden bij e-health zoveel mogelijk waarborgen;
- Goed overzicht over aanbod en kwaliteit van e-health toepassingen;
- Bevorderen van standaardisatie op het gebied van informatie-uitwisseling;
- Duidelijkheid in de hoeveelheid tijd, geld en energie die huisartsen in e-health moeten investeren;

- Bevorderen regie op ontwikkeling en invoering van ICT in de zorg (dit is een breder probleem).

Om deze zaken aan te pakken spelen diverse partijen een rol. Behalve huisartsen en patiënten hebben de volgende partijen een belangrijke rol in het landelijk faciliteren en stimuleren van e-health in de praktijk:

- Ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk, zoals doktersassistenten en praktijkondersteuners;
- Beroepsorganisaties van artsen en zorgaanbieders, zoals NHG, LHV, InEen, KNMG en de Federatie Medisch Specialisten (voorheen OMS);
- Zorgverzekeraars;
- Patiënten, vertegenwoordigd door onder meer de NPCF;
- Nictiz, als partij die standaardisatie van informatie-uitwisseling kan bevorderen/faciliteren;
- De rijksoverheid, vanwege haar rol bij het stimuleren en reguleren van ICT in de zorg (ministerie van VWS) en door het invoeren van tarieven voor e-health prestaties (NZa).

### 3. Online dienstverlening en contact

#### Waar hebben we het over?

Online dienstverlening en contact komen in veel vormen voor. De meest bekende vormen van consult vervangend contact zijn het e-consult en meer recent het videoconsult. Online dienstverlening kennen we als het maken van online afspraken en het digitaal kunnen aanvragen van herhaalrecepten. Ook digitaal inschrijven bij een huisartsenpraktijk valt binnen die categorie.

- Het **e-consult** is een van de eerste ontwikkelde e-health toepassingen voor contact tussen huisartsenpraktijk en de patiënt. De achterliggende gedachte is dat voor diverse vragen een bezoek of telefoontje aan de huisartsenpraktijk geen must is. Op een moment dat het de patiënt uitkomt, kan de vraag gesteld worden. De huisarts reageert op een moment dat het hem uitkomt. Dit kan een bezoek besparen en tijdwinst opleveren voor alle betrokkenen. Het e-consult moet niet verward worden met contact via e-mail. Al bij de introductie medio 2006 werd duidelijk dat e-mail als middel om medisch inhoudelijke informatie uit te wisselen onvoldoende veilig is<sup>5</sup>. Het risico op aftappen van onversleutelde berichten, maar ook de kans dat anderen “meelezen” is eenvoudigweg te groot.

Het gebruik van e-mail bij online dienstverlening is overigens wel degelijk mogelijk, maar niet voor uitwisselen van medisch inhoudelijke informatie. E-mail kan gebruikt worden om patiënten te attenderen op nieuwe informatie die binnen een beveiligde omgeving beschikbaar is.

- Een relatief nieuwe vorm van digitaal contact is het **videoconsult**. Technisch is dit al langere tijd mogelijk, maar pas sinds de komst van gespecialiseerde producten en diensten groeit de aandacht hiervoor. In de huisartsenpraktijk is het nog geen gemeengoed.
- Het **digitaal maken van afspraken** is voor diverse zakelijke en particuliere sectoren gewoon geworden. In de (huisartsen)zorg is dat zeker nog niet het geval. Online afspreken bij de huisarts betekent dat de patiënt 24 uur per dag een afspraak – of verzoek daartoe – kan inplannen. Dit is patiëntvriendelijk, het scheelt immers wachttijd aan de telefoon, en kan, mits goed georganiseerd ook nuttig zijn voor de huisartsenpraktijk.
- De vierde toepassing, **aanvragen van herhaalrecepten**<sup>6</sup>, is in feite een digitale versie van de herhaalreceptenlijn. De patiënt kan online zijn recept(en) bestellen. Voordeel voor de patiënt is vooral tijdwinst en gemak; voor zowel apotheek als huisarts kan het tijdwinst opleveren, minder druk op de herhaalreceptenlijn en een kleinere kans op fouten.
- **Digitale medische informatie en keuzehulpmiddelen** zijn in het contact tussen huisarts en patiënt ook steeds meer van belang. Naast informatieve websites worden nieuwe mogelijkheden toegevoegd die patiënten ondersteunen in hun keuzes en bij vragen. Een voorbeeld is de Griepcheck op Thuisarts.nl en de Moet Ik Naar De Dokter app.

---

<sup>5</sup> Van Gemert-Pijnen J, Heikamp M, Nijland N, Tempelman M. Elektronische consultatie in de praktijk. Universiteit Twente, 2005.

<sup>6</sup> Strikt genomen gaat het niet om het aanvragen van een herhaalrecept, maar om een verzoek van de patiënt om een nieuwe verstrekking van een geneesmiddel dat herhaald mag worden. De term herhaalrecept is echter dusdanig ingeburgerd dat we deze hier hanteren.

- Tot slot worden naast genoemde toepassingen ook **social media** gebruikt voor het informeren en communiceren met patiënten. In dit document wordt daar niet nader op ingegaan. Het KNMG heeft hiervoor een handreiking<sup>7</sup> opgesteld die gedragsregels geeft voor artsen op social media.

### Stand van zaken in Nederland

Na de introductie van het **e-consult** in Nederland bleek dat het nog niet breed werd omarmd. Een analyse van het Nivel over cijfers uit 2006 leerde dat op ruim 1.9 miljoen patiëntcontacten er 1159 e-consulten werden gevoerd<sup>8</sup>. Gegeven de mogelijkheden die toen bestonden is dat niet heel opzienbarend. Systemen zoals de HIS'en waren er nog niet altijd klaar voor, het was maar matig bekend bij huisartsen én patiënten, en ondanks dat het een declarabele verrichting was (en is) leek er wat koudwatervrees bij gebruikers. Meer actuele cijfers van het Nivel ontbreken voorsnog. De verwachting is dat het e-consult gebruik wel gegroeid is: steeds meer HIS'en hebben hier voorzieningen voor getroffen en het aantal huisartsen dat het aanbiedt is toegenomen. Wel is in het algemeen de werkwijze bij een e-consult steeds vaker via een HIS koppeling: een door de patiënt gestelde vraag wordt in het HIS zichtbaar, evenals het antwoord van de huisarts. Zowel vragen als antwoorden zijn voor de patiënt te lezen in een beveiligde online omgeving. E-consult is dus wel eenvoudiger geworden, maar zeker geen gemeengoed. Dat laatste geldt overigens nog meer voor de relatief nieuwe mogelijkheid van het **videoconsult**.

Over het gebruik van **online afspraken** is nog niet veel bekend. Veel van de HIS'en bieden het in een patiëntportaal al aan, gebruikscijfers zijn onbekend. De algemene werkwijze bij online afspraken is dat er binnen de agendamodule van het HIS enkele "vrij" in te plannen blokken worden aangemaakt. Deze blokken zijn vervolgens beschikbaar voor patiënten die online een afspraak willen inplannen. Dit gebeurt soms rechtstreeks, zonder veel drempels, en soms wordt verwacht dat de patiënt aanvullende gegevens opgeeft (reden afspraak, notities, vragen). Het ontbreken van een telefonische en "menselijke" beoordeling of triage, zoals dat nu door de doktersassistente gebeurt, wekt soms weerstand op. Er zijn geen gegevens bekend die die angst rechtvaardigen of ontkrachten. Voor online afspraken maken bestaat geen vergoeding zoals bij een e-consult.

In tegenstelling tot e-consult en online afspraken – en ondanks dat er geen specifiek tarief of bekostigingsmogelijkheid voor is – is het **digitale herhaalrecept** zeer succesvol. Zowel aanbieders van dergelijke oplossingen als individuele gebruikers melden dat dit kanaal volop wordt gebruikt. Dit is goed verklaarbaar. Het levert patiënt, huisartspraktijk én apotheek iets op, en de investeringen in tijd en geld zijn beperkt. Bovendien is het een proces dat zich goed laat automatiseren. Een niet te onderschatten succesfactor is dat – vanuit het perspectief van een patiënt – het aanvragen van herhaalrecepten veel vaker nodig is, dan het maken van een online afspraak of voeren van een e-consult. Er zijn verschillende manieren waarop – vanuit de patiënt gezien – een digitaal herhaalrecept aangevraagd kan worden:

- Digitale formulieren op een praktijkwebsite, die na te zijn ingevuld leiden tot een (beveiligd) bericht aan de huisartsenpraktijk. Dit vergt wel het nodige extra (invoer)werk van praktijk en patiënt;
- Een centrale aanvraagwebsite, waarmee samenwerkende huisartsen/apotheken koppelingen hebben gelegd;

---

<sup>7</sup> KNMG. Handreiking Artsen en Social Media. KNMG, 2011.

<sup>8</sup> Verheij R, Ton C, Tates K. Het e-consult: hoe vaak en met wie? Huisarts Wet 2009;51(7) 317.

- Een praktijkwebsite c.q. website van de apotheek, waar de patiënt (doorgaans na inloggen) een aanvraag kan insturen. Websites zijn dan idealiter op een veilige manier gekoppeld aan het HIS: het zorgt dat de aanvraag digitaal in het HIS komt en dat de patiënt toegang heeft tot de bij hem bekende medicatie gegevens in het HIS. Dit is veruit de meest gebruiksvriendelijke variant.
- Combinaties hiervan worden ook aangeboden: bijvoorbeeld een digitaal formulier, met – voor patiënten die regelmatig iets aanvragen – aanvullend een inlog mogelijkheid.

### Aandachtspunten

- Aan het informeren van de patiënt moet volop aandacht worden besteed. Enerzijds om patiënten te attenderen op de digitale mogelijkheden, anderzijds om verwachtingen helder te maken.
- Bij alle vormen van online dienstverlening is het verstandig de patiënt per mail te informeren over belangrijke momenten in het proces, zoals een bevestiging van ontvangst, een melding dat een afspraak wordt geannuleerd of dat een herhaalrecept niet kan worden aangevraagd. Deze mails of notificaties mogen geen medisch inhoudelijke gegevens bevatten. Een link naar de e-health toepassing volstaat.
- De mogelijkheid van online afspraken maken zonder enige vorm van triage is een aandachtspunt, dat verder onderzocht zou moeten worden. Enige vorm van triage, bijvoorbeeld door beslissingsondersteuning en aanvullende voorlichting, kan wenselijk zijn.
- Digitaal aangevraagde herhaalrecepten en afspraken zijn in de praktijk en in het HIS niet altijd te onderscheiden van hun “offline” varianten. Voor een goede afhandeling van elke aanvraag is het wel wenselijk dit zichtbaar te hebben.
- Bij vrijwel alle aangehaalde vormen van e-health in dit hoofdstuk is een koppeling met gegevens in het HIS noodzakelijk.

### Aanbevelingen

- Voor het gebruik van het e-consult formuleerde het NHG in 2006 een praktische checklist. Deze is in 2014 geactualiseerd en te vinden op [www.nhg.org](http://www.nhg.org). Het is verstandig deze te gebruiken bij het introduceren van digitaal contact in de huisartsenpraktijk;
- Zorg dat alle genoemde vormen van e-health gebruik maken van de gegevens zoals bekend binnen het HIS, en gegevens terug kunnen leveren aan het HIS. Dit voorkomt dubbel werk en fouten.
- Maak gebruik van praktijkwebsite, folders en het gesprek in de praktijk om patiënten te attenderen op de digitale mogelijkheden. Zorg hierbij dat alle praktijkmedewerkers op de hoogte zijn van die mogelijkheden.

## 4. Digitale inzage van gegevens door de patiënt

### Waar hebben we het over?

Het medisch dossier zoals dat door de huisarts wordt beheerd is een belangrijk hulpmiddel bij het leveren van zorg. De patiënt heeft wat betreft dat dossier diverse rechten: het recht op inzage, afschrift, correctie, aanvulling en vernietiging. Dit is geregeld in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst). Bij digitale inzage wordt doorgaans bedoeld op een mogelijkheid voor de patiënt om digitaal het medisch dossier te raadplegen, al dan niet in het bijzijn van de zorgverlener. Door de technische ontwikkelingen wordt het steeds beter mogelijk dit te realiseren. Maar behalve dat het technisch kan en inzage mogelijk moet zijn op grond van de WGBO zijn er ook andere redenen waarom digitale inzage nuttig kan zijn. Inzage is geen doel op zich: het is een middel dat bijdraagt aan andere doelstellingen.

### Waarom inzage?

*Allereerst kan toegang tot informatie bijdragen aan een beter begrip van een ziekte of aandoening. De achterliggende gedachte is dat meer informatie leidt tot een beter geïnformeerde patiënt<sup>9</sup>.*

*Verder heeft inzage door de patiënt nut voor de kwaliteit van het dossier. Een medisch dossier zal altijd een samenvatting zijn van de informatie die een huisarts verzamelt, zijn eigen registraties gecombineerd met gegevens van derden. Het samenstellen hiervan is niet eenvoudig, er zijn immers zeer veel wegen waarlangs informatie wordt aangeleverd. Zodra een patiënt inzage heeft in de gegevens die zijn bijgehouden, kan deze zien in hoeverre de informatie volledig en accuraat is en suggesties doen voor verbeteringen of aanvullingen, zoals bijvoorbeeld bij het medicatieoverzicht<sup>10</sup>.*

*De vraag om digitale inzage kan worden gezien tegen de achtergrond van een maatschappelijke trend: informatie die over een burger wordt vastgelegd, moet inzichtelijk zijn voor die burger. Zeker bij patiënten met chronische aandoeningen kan de informatie in hoge mate versnipperd zijn en is het wenselijk dat de patiënt hier toegang toe krijgt.*

*Tot slot: behalve inhoudelijke redenen om inzage te bieden is het ook een verplichting die volgt uit het wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens. Dit voorstel is aangenomen in de Tweede Kamer<sup>11</sup>.*

### Stand van zaken in Nederland

In Nederland staat het digitaal inzage hebben in het huisartsendossier nog in de kinderschoenen. Alle huisartsen beschikken over een digitaal medisch dossier. Patiënten die een afschrift van dit dossier willen, kunnen dit in de praktijk opvragen. Soms kan dit al digitaal, vaak gebeurt het nog op papier. Meekijken tijdens het consult is ook mogelijk. Digitaal inzicht hebben, zonder dat de patiënt hiervoor

<sup>9</sup> Zie bijvoorbeeld de kamerbrief “Door e-health betere zorg en meer eigen regie”, VWS, juli 2014.

<sup>10</sup> De uitdagingen van een volledig en juist medisch dossier. NHG nieuwsbericht, 2014:

<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/de-uitdagingen-van-een-volledig-en-juist-medisch-dossier>

<sup>11</sup> In 2015 wordt het voorstel behandeld door de Eerste Kamer. Zie ook

[https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/33243\\_wijziging\\_wet](https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/33243_wijziging_wet).

een afspraak moet maken, 24 uur per dag, is nog maar beperkt mogelijk. Sinds enkele jaren zijn huisarts- en ketenzorginformatiesystemen gestart met het aanbieden van patiëntportalen. Binnen die portalen is het mogelijk om – naast andere functies – (delen) van het medisch dossier te raadplegen. Zie bijvoorbeeld het kader hieronder.

#### [Mijngezondheid.net: online toegang en functies](#)

*Mijngezondheid.net is de naam van het patiëntenportaal van Medicom, één van de grootste HIS'en in Nederland. Via dit portaal kunnen patiënten online "zaken doen" met de huisartsenpraktijk. Behalve de bekende mogelijkheden als een e-consult of het aanvragen van een herhaalrecept, kan de patiënt ook toegang krijgen tot onderdelen van zijn dossier, zoals diagnose informatie en laboratorium uitslagen. Volgens eigen opgave bieden circa 700 zorgverleners deze mogelijkheid en hebben ongeveer 250.000 patiënten zich hiervoor ingeschreven. Cijfers over het daadwerkelijke gebruik ontbreken vooralsnog<sup>12</sup>.*

Enige tijd geleden is een suggestie gedaan om het landelijk EPD ook geschikt te maken voor dossierinzage door patiënten. Het landelijk EPD is oorspronkelijk opgezet om informatie die relevant is voor de dienstwaarneming van huisartsen en apotheken op een veilige wijze te kunnen uitwisselen tussen professionals. Het idee was om, gebruikmakend van die voorziening, ook de patiënt op een beveiligde manier toegang te geven tot een samenvatting van het huisartsendossier. Dit zou de afhankelijkheid van HIS'en voor de toegang omzeilen. Door allerlei ontwikkelingen, waaronder het sneuvelen van wetgeving in de Eerste Kamer, is deze mogelijkheid niet verder ontwikkeld. Het is denkbaar dat deze route opnieuw wordt onderzocht, maar concrete plannen hiervoor bestaan vooralsnog niet. Wel is het mogelijk om via het landelijk schakelpunt als patiënt inzicht te krijgen in welke zorgverleners toegang hebben tot het medisch dossier en wie daarvan gebruik heeft gemaakt.

Bij andere disciplines in de zorg staat inzage ook in de belangstelling. Diverse ziekenhuizen zijn begonnen met programma's om de patiënt toegang te geven tot informatie die in het ziekenhuis EPD is opgeslagen<sup>13</sup>. De eerste ervaringen hiermee worden nu opgedaan.

In het buitenland zijn al diverse, soms grootschalige, programma's opgestart voor digitale inzage. Enkele voorbeelden worden hieronder aangehaald.

#### [Voorbeelden van digitale inzage](#)

*Twee voorbeelden van projecten die het delen van medische data succesvol mogelijk hebben gemaakt zijn Open Notes en het Blue Button initiatief, beiden uit de Verenigde Staten. Het eerste programma zorgt ervoor dat patiënten van ziekenhuizen en grote gezondheidscentra voortdurend online toegang hebben tot de aantekeningen die artsen maken. Dit gebeurt via de website van de organisaties zelf. De eerste resultaten van wetenschappelijk onderzoek zijn*

---

<sup>12</sup> Mijngezondheid.net met 250.000 gebruikers het grootste patiëntenportaal van Nederland. Pharmapartners, persbericht, 2014. Zie [http://www.pharmapartners.nl/actueel/nieuwsoverzicht/mijngezondheidnet-met-250000-gebruikers-het-grootste-persoonlijke-patientenportaal-van-nederland-\(persbericht\)-3889/](http://www.pharmapartners.nl/actueel/nieuwsoverzicht/mijngezondheidnet-met-250000-gebruikers-het-grootste-persoonlijke-patientenportaal-van-nederland-(persbericht)-3889/)

<sup>13</sup> Ter illustratie: in 2012 startte het Radboudumc in Nijmegen met dossierinzage. Eind 2014 kondigde het UMC Utrecht aan hetzelfde te doen, inclusief laboratorium uitslagen die – soms nog eerder dan de aanvragende arts – ingezien kunnen worden. Het MC Haaglanden in Den Haag is al langer actief met een inzageoplossing, via [www.medischegegevens.nl](http://www.medischegegevens.nl).

*veelbelovend: hoge patiënttevredenheid én artsen die rapporteerden dat er maar heel beperkt negatieve effecten waren<sup>14</sup>.*

*Het Blue Button initiatief is een onbedoeld uitvloeisel van het Meaningful Use programma. Dit overheidsprogramma is bedoeld om stapsgewijs en met een forse financiële prikkel de volwassenheid van software in de Amerikaanse gezondheidszorg te bevorderen. Zorgverleners die Blue Button aanbieden, geven burgers de mogelijkheid met één druk op de knop een kopie van hun medisch dossier zoals opgeslagen bij die zorgverlener te downloaden. Dit gebeurt in diverse voor de mens leesbare formaten (zoals platte tekst en PDF bestanden). Blue Button is een andere oplossing dan Open Notes of andere inzageproducten: er wordt direct een afschrift ter beschikking gesteld aan de patiënt/burger. Het downloaden van dit dossier is iets anders dan een Persoonlijk Gezondheids Dossier (PGD). Wel is het idee dat dit digitale dossier afschrift eenvoudig aan een PGD toegevoegd kan worden. Gegevens die via Blue Button worden opgehaald zullen steeds vaker gestructureerd zijn conform internationale standaarden. Dit maakt uitwisseling van gegevens tussen systemen mogelijk, zoals een Persoonlijk Gezondheids Dossier. Het initiatief krijgt veel aandacht in Nederland en wordt onderzocht door Nictiz.*

*Een derde voorbeeld komt uit Australië. Sinds 2012 is daar wetgeving van kracht die patiënten de mogelijkheid geeft een zogeheten PCEHR (Personally Controlled Electronic Health Record) te openen. Dit is een door de patiënt beheerd digitaal dossier waar zorgverleners hun informatie aan toe kunnen voegen – en kunnen raadplegen. De patiënt bepaalt of hij dat wil, en als hij dat wil, wie er toegang heeft tot die informatie. Standaard is alle informatie beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners, en voor de patiënt. Deze aanpak gaat dus verder dan het downloaden of inzien van een dossier. Het Australische voorbeeld is nog geen succes. Omdat patiënten expliciet toestemming moeten geven voor aanmaak van hun PCEHR, is het aantal patiënten en zorgverleners dat het gebruikt fors achtergebleven. Er wordt onderzocht of dit omgezet kan worden in een opt-out systeem: tenzij expliciet bezwaar wordt gemaakt, worden de gegevens van elke burger in een PCEHR gezet.*

---

## Wenselijke situatie

Het NHG ziet digitale inzage als een middel om enerzijds de kwaliteit van het dossier te verbeteren en anderzijds om de patiënt inzicht te geven in zijn medische informatie. De informatie opgeslagen in het medisch dossier kan bijdragen aan een beter begrip van het ziekteproces en het afgesproken beleid/behandelplan. Het is daarnaast zeer wenselijk om digitale inzage zo uniform, veilig, gebruiksvriendelijk en begrijpelijk mogelijk te introduceren.

---

<sup>14</sup> Delbanco T, Walker J, Bell SK et al. Inviting Patients to Read Their Doctors' Notes: A Quasi-experimental Study and a Look Ahead. Ann Intern Med. 2012;157(7):461-470.



Zoals bij veel e-health toepassingen het geval, is het ook hier van belang dat zowel arts als patiënt het nut van digitale inzage inzien. Dit pleit ervoor digitale inzage vooral middel te laten zijn bij bijvoorbeeld zelfmanagement programma's en bij andere vormen van contact met patiënten met chronische aandoeningen. In de volgende paragraaf benoemen we enkele aandachtspunten bij digitale inzage.

## Aandachtspunten

### Reikwijdte toegang

Zodra het gaat om inzage is al snel de volgende vraag, hoe "ver" moet die toegang gaan? Het basisprincipe is: de patiënt heeft recht op inzage in zijn *volledige* dossier. Er kunnen echter redenen zijn om dat, binnen e-health toepassingen te begrenzen. Die begrenzing is dan zinvol om informatie relevant te laten zijn binnen een bepaalde context. Hierin zijn drie scenario's te onderscheiden.

1. Volledige toegang, exclusief persoonlijke werkaantekeningen;  
De patiënt heeft recht op toegang tot het hele medische dossier. Persoonlijke werkaantekeningen, zoals nog niet met de patiënt besproken vermoedens, maken géén deel uit van dat dossier.
2. Toegang tot het basis-EPD c.q. een samenvatting van het dossier<sup>15</sup>;  
Voor diverse toepassingen, zoals de huisartswaarneming, heeft het NHG richtlijnen opgesteld om vanuit het medische dossier overzichtelijke samenvattingen te maken. Deze bevatten niet alle informatie in het dossier, maar wel de meest relevante. Het basis-EPD bevat onder meer actuele episodes, aandoeningen relevant bij voorschrijven, actuele medicatie, informatie over allergieën en recent laboratorium onderzoek (zie kader: het basis-EPD).
3. Beperkte toegankelijkheid (naar soort informatie en/of tijd).  
Er kan worden gekozen voor het beschikbaar stellen van heel specifieke informatie, voor dito doeleinden. Voor online herhaalrecepten (zie het vorige hoofdstuk) kan het voldoende zijn om de actuele medicatie inzichtelijk te hebben. Voor een zelfmanagement module kan het voldoende zijn de toegang te beperken tot laboratorium uitslagen, medicatie, recente journaalregels en informatie uit het individueel zorgplan.

### Het basis-EPD

*In het LHV/NHG standpunt H-EPD wordt voor digitale inzage voorgesteld de EPD-basisgegevensset, ook wel het basis-EPD, te hanteren. Dit is een selectie van gegevens uit het medisch dossier die onder meer de volgende onderdelen bevat:*

- *Episodes met attentiewaarde;*
- *Overige episodes uit de episodelijst indien daar in de laatste vier maanden deelcontacten zijn geregistreerd;*
- *Aandoeningen relevant bij voorschrijven;*

---

<sup>15</sup> LHV/NHG. Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). LHV/NHG, 2012.

- *Actuele medicatie (voorschriften), inclusief recent gewijzigde of gestopte medicatie;*
  - *Allergieën en geneesmiddelovergevoeligheden;*
  - *Beperkte set meetwaarden (biometrie, hematologie, biochemie) van de laatste maand;*
  - *Informatie over behandelingen;*
  - *Informatie uit het Individueel Zorg Plan (IZP).*
- 

### Begrijpelijke informatie

Een veelgehoord bezwaar als gesproken wordt over digitale inzage is dat de informatie in het medisch dossier niet te begrijpen zou zijn voor patiënten. Dit zou dan weer kunnen leiden tot onnodige misverstanden, onrust en vragen. Het dossier is bedoeld voor het vastleggen van feitelijke, objectieve informatie, maar de patiënt beschikt niet altijd over kennis om deze informatie correct te interpreteren. Er wordt gebruik gemaakt van medisch jargon, afkortingen en conventies die voor een patiënt (nog) onbekend zijn. Als een huisarts en patiënt samen het dossier bekijken, kan eerstgenoemde betekenis toekennen, de gegevens vertalen naar begrijpelijke conclusies en duiden zonder dat dit tot misverstanden of onrust leidt. Bij digitale inzage op afstand is die mogelijkheid er niet. Op basis van deze argumenten lijkt het dan ook onverstandig digitale inzage ongelimiteerd en zonder afspraken aan te bieden.

Uit onderzoek blijkt echter dat digitale inzage maar nauwelijks leidt tot een veelheid aan vragen of misverstanden. Juist de patiënten die die mogelijkheid gebruiken blijken zeer goed in staat de informatie te bevatten. Uiteraard is het de taak van de huisarts informatie te duiden en de patiënt niet nodeloos ongerust te maken door een overvloed aan data. Die taak is in het digitale tijdperk mogelijk alleen maar belangrijker geworden voor de huisarts. Moet de huisarts het dossier dan “herschrijven” zodat het voor de patiënt wel begrijpelijk wordt? Dat is zeer arbeidsintensief en onrealistisch. Digitale inzage op afstand is mogelijk, maar het zal dan begeleid moeten worden door (verwijzingen naar) toelichting op medische terminologie en de structuur van het dossier. Praktische voorbeelden hiervan zijn het koppelen van diagnosecodes aan informatie op Thuisarts.nl of het koppelen van medicatie aan informatie op Apotheek.nl. Een algemene toelichting op de opbouw van het medisch dossier – die specifiek kan zijn voor het gebruikte systeem – is ook aan te bevelen. Denk bijvoorbeeld aan de conventie om een \* te hanteren bij afwijkende laboratoriumuitslagen: een eenvoudige toelichting kan al heel verhelderend werken.

Het bieden van digitale inzage is bij uitstek iets wat stapsgewijs ingevoerd zou moeten worden in de huisartsenpraktijk, niet als doel op zich, maar bijvoorbeeld gekoppeld aan zelfmanagement programma’s en met de mogelijkheid andere e-health toepassingen (zoals e-consult) in te zetten. Dit stapsgewijs invoeren zorgt ervoor dat zowel patiënten als praktijkmedewerkers vertrouwd raken met de mogelijkheden. Het werken met het Individueel Zorgplan (IZP) kan hierbij ook een nuttig middel zijn. Bij het werken hiermee worden in overleg tussen de huisarts of POH en de patiënt herkenbare doelen en zorgafspraken vastgelegd<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Vilans/NPCF/NHG. Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan. Vilans/NPCF/NHG, 2014.

## Wanneer inzage?

Toegang tot het dossier kan worden gebruikt om terug in de tijd te kijken: wat is er allemaal geregistreerd? Maar het kan ook worden ingezet om informatie op te zoeken die de patiënt momenteel alleen telefonisch of tijdens een consult kan opvragen. Denk bijvoorbeeld aan uitslagen van labonderzoek of andere diagnostiek. Het is in beginsel mogelijk dat de patiënt deze informatie eerder raadpleegt dan de arts. De vraag is of dit wenselijk is. Bij ziekenhuizen die laboratorium uitslagen al digitaal beschikbaar stellen wordt nogal eens besloten hier een tijdrestrictie aan te koppelen. Pas na een aantal dagen na de uitslag komt deze ook digitaal beschikbaar voor de patiënt. Daarmee vervalt dan wel het voordeel van digitale inzage boven de reguliere kanalen. Ook voor dit aandachtspunt geldt: de begeleiding van de arts bij het duiden van een onderzoeksuitslag, heeft in beginsel de voorkeur. Dat kan door voorlichting, eventueel ondersteund door digitale toelichting bij de uitslagen. Vooral bij patiënten met chronische aandoeningen zijn uitslagen zeer nuttige parameters om te volgen. Daar is begeleiding van de huisarts niet altijd noodzakelijk meer, hooguit bij afwijkende waarden. Bij het raadplegen van digitale uitslagen is een e-consult mogelijkheid handig om de patiënt een vraag te laten stellen.

## Toegang door derden

In specifieke gevallen én onder voorwaarden kan inzage in het medisch dossier worden gegeven aan anderen dan de patiënt. Dat is bijvoorbeeld het geval bij minderjarigen en overleden patiënten. Spelregels hiervoor – zoals expliciete toestemming - zijn door de KNMG opgesteld<sup>17</sup>. Bij digitale inzage zullen deze uitzonderingssituaties ook ondersteund moeten worden. In de praktijk blijkt digitale inzage in gegevens van minderjarigen door ouders/verzorgers nog niet altijd mogelijk.

Een bezwaar dat wel wordt genoemd tegen digitale inzage door patiënten is dat de kans groter wordt dat (delen van) het dossier door de patiënt worden verstrekt aan derden (advocaten, zorgverzekeraars, werkgever et cetera) die daar om vragen. Dit is in beginsel ook niet te voorkomen. Dit pleit opnieuw voor goede toelichting en uitleg van de huisarts aan de patiënt als hij gebruik gaat maken van e-health mogelijkheden.

## Eigendom van het medisch dossier

Bij discussies over digitale inzage wordt vaak gesteld dat de gegevens in het medisch dossier “van de patiënt” zijn en hij er, om die reden, altijd over moet kunnen beschikken. Hoewel dit aantrekkelijk klinkt, is de realiteit genuanceerder. Huisarts noch patiënt zijn in juridische zin eigenaar van de gegevens in het dossier<sup>18</sup>. De huisarts heeft een dossierplicht (en andere plichten) conform de WGBO. De patiënt heeft rechten, zoals al genoemd. Het gaat er dus niet om de patiënt “zijn” dossier in handen te geven, maar door inzage invulling te geven aan de rechten die de patiënt heeft.

## Meer dan inzage

Digitale inzage geeft invulling aan één van de rechten van de patiënt. De patiënt heeft ook recht op correctie, aanvulling en vernietiging van (gegevens in) het medisch dossier. Patiënten die digitaal toegang hebben tot het medisch dossier zoals opgeslagen bij de huisarts kunnen de mogelijkheid aangeboden krijgen om correcties, aanvullingen en verwijderingen voor te stellen. De patiënt kan deze wijzigingen niet zelf doorvoeren in het dossier, maar kan ze dan wel voorstellen aan de huisarts.

---

<sup>17</sup> Nouwt S, Scherptong-Engber M. Inzage in het patiëntendossier. Huisarts Wet 2014;57(5):254-8.

<sup>18</sup> Nictiz. Van wie is het dossier? Nictiz, 2010.

## Aanbevelingen

- Patiënten hebben recht op digitale inzage in het hele medische dossier. Implementatie daarvan kan het beste gefaseerd gebeuren. Het dossier krijgt immers een nieuw doel. Het was oorspronkelijk niet bedoeld voor digitale inzage;
- Voor specifieke doelen en voor overzichtelijkheid kan besloten worden een samenvatting van de belangrijkste gegevens aan te bieden. Het basis-EPD biedt hier een kader voor;
- Als inzage wordt geboden, is het zaak in de communicatie hieromheen aandacht te besteden aan de opbouw van het medisch dossier, veelgebruikte termen en conventies en bronnen met meer informatie (zoals op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl)). Deze informatie kan bijvoorbeeld worden gepresenteerd op de praktijkwebsite en/of op de plaats waar inzage wordt geboden;
- Digitale inzage is geen doel op zich, maar een middel. Door het in te zetten in een bredere context, bijvoorbeeld het bevorderen van zelfmanagement en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, gekoppeld aan middelen voor (digitaal) contact met de praktijk, krijgt het toegevoegde waarde;
- Goede voorlichting en toelichting over digitale inzage is van belang. Dat kan in het algemeen, bijvoorbeeld op het moment dat een patiënt voor het eerst digitaal toegang krijgt tot zijn dossier, of specifiek, op het moment dat een patiënt daar om vraagt. Deze voorlichting kan zich richten op het soort informatie dat een patiënt ziet en hoe het dossier is opgebouwd. [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) zou hier behulpzaam bij kunnen worden;
- Voor gegevens waarbij interpretatie door de arts nog nodig is, zoals informatie over diagnostiek uitgevoerd door anderen (lab) of inkomende correspondentie, is het te overwegen deze pas na “gezien” beschikbaar te stellen voor digitale inzage;
- Naast digitale inzage is het te overwegen patiënten de mogelijkheid te geven om correcties, aanvullingen of verzoeken tot verwijderen van gegevens aan de huisarts (ook digitaal) door te geven;
- Digitale inzage zou, binnen de KNMG spelregels, ook mogelijk moeten zijn door minderjarigen dan wel ouders/gemachtigden van minderjarigen.

## 5. Invoer van digitale gegevens door de patiënt

### Waar hebben we het over?

Door de opkomst van allerlei e-health programma's, apps en websites krijgen patiënten steeds meer mogelijkheden digitaal gezondheidsinformatie vast te leggen. Dit gebeurt los van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld als iemand zijn eet- of slaappatroon, of sportprestaties wil bijhouden, maar ook als onderdeel van de behandeling door de huisarts of de POH. Het bijhouden van dagboeken, al dan niet in digitale vorm, wordt voor diverse indicaties als zinvol beschouwd. Het geeft inzicht in gedrag, patronen in leefstijl, gebruik van medicatie en helpt het gesprek in de spreekkamer. Zelfmanagement bij chronisch zieke patiënten bestaat ook deels uit het vastleggen van gegevens over het eigen leven, variërend van medische gegevens zoals bloeddruk tot levensstijl aspecten. Soms worden gegevens geregistreerd op verzoek van de huisarts, zoals bij diverse vragenlijsten, soms nemen patiënten hiertoe zelf het initiatief. Een bijzondere vorm waarin patiënten digitale gegevens bij kunnen houden is het zogenaamde Persoonlijk Gezondheids Dossier. In het kader hieronder gaan we daar nader op in.

### Het Persoonlijk Gezondheids Dossier

*Er zijn diverse definities van wat een PGD (Persoonlijk Gezondheids Dossier) is. In zijn meest basale vorm is een PGD een (digitale) gestructureerde verzameling van gegevens onder beheer van de patiënt. De NPCF formuleert in haar visiedocument het PGD breed<sup>19</sup>:*

*Een universeel – op elk moment en op elke plaats – toegankelijk, voor leken begrijpelijk, gebruiksvriendelijk, en levenslang hulpmiddel om relevante gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen en om de regie te kunnen nemen over gezondheid en zorg en om zelfmanagement te ondersteunen via gestandaardiseerde gegevensverzamelingen voor gezondheidsinformatie en geïntegreerde digitale zorgdiensten.*

*Het gaat dan dus niet enkel om een digitaal dossier, maar ook een digitaal middel om medische gegevens uit andere bronnen – zoals het HIS van de huisarts – bij te houden. In tegenstelling tot zorgverleners hebben patiënten geen dossierplicht en geen beroepsgeheim. De RVZ pleit daarom voor introductie van een patiëntgeheim, waarmee medische gegevens door patiënten verzameld beschermd worden tegen misbruik door derden<sup>20</sup>. Medio 2015 is er nog geen landelijk PGD voor alle Nederlanders. Wel wordt gewerkt aan een zogeheten PGD Kader door KNMG, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland. Dit moet richting geven aan de (door)ontwikkeling van bestaande en nieuwe PGD oplossingen.*

*Google introduceerde als een van de eerste grote partijen een PGD onder de naam Google Health. Dit bleek te vroeg: de markt en in het bijzonder zorgaanbieders en leveranciers bleken hier nog niet klaar voor te zijn. Google haalde het product van de markt. Medio 2015 zijn er diverse PGD's op de markt. Dit zijn deels algemene, generieke dossiers, zoals Healthvault (Microsoft) en Patient1, en deels oplossingen rondom specifieke (veelal chronische)*

<sup>19</sup> NPCF. Het persoonlijk gezondheidsdossier: De visie van patiëntenfederatie NPCF. NPCF, 2013.

<sup>20</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Consumenten-eHealth. RVZ, 2015.

*aandoeningen. Over het feitelijk gebruik van PGD's in Nederland is weinig bekend. Voorstanders benadrukken dat er een grote behoefte aan bestaat maar dit heeft nog niet geleid tot het op grote schaal omarmen van Nederlandse of andere initiatieven. Over de effectiviteit en patiënttevredenheid is evenmin veel bekend.*

---

Het PGD is een dossier waarin de patiënt zijn eigen gegevens – digitaal – kan bijhouden. Dat kunnen ook gegevens zijn zoals verkregen van zorgverleners zoals de huisarts. In het vorige hoofdstuk hebben we het gehad over digitale inzage. Als de patiënt ook in staat is gegevens uit het huisartsendossier te downloaden, kunnen deze ook opgenomen worden in een PGD. Dit is in Nederland nog niet mogelijk. Om dit mogelijk te maken is het van belang dat er een inhoudelijke en technische standaard wordt ontwikkeld waar zowel huisartsinformatiesystemen als aanbieders van een PGD zich aan conformeren.

### Stand van zaken in Nederland

Digitaal vastleggen van medische c.q. gezondheidsgegevens door patiënten is niet nieuw, maar door de opkomst van diverse hulpmiddelen is het wel eenvoudiger en laagdrempelig geworden. Het meten gebeurt door middel van websites, apps, speciale hulpmiddelen en door draagbare of zelfs in te nemen apparatuur: “wearables” en “insideables”<sup>21</sup>. Het soort gegevens dat te meten valt, groeit ook. Niet alleen bloeddruk, gewicht of bloedglucose, maar ook stemmingen of slaap/waakpatronen zijn bij te houden. Deels is het zelf digitaal meten een bezigheid voor een select gezelschap. In de eerder aangehaalde e-health monitor bleek circa 5 procent van de ondervraagden zelf metingen te verrichten (al dan niet op advies van de arts). Sinds 2014 zijn ook grote partijen als Google, Samsung en Apple zich aan het richten op de gezondheidszorg, gericht op zelfmeting. Op termijn zullen steeds meer mensen met deze mogelijkheden in aanraking komen. Welke gevolgen dit heeft is nog niet te zeggen.

#### Zelf meten op eigen initiatief<sup>22</sup>

*Trendition onderzocht de houding van huisartsen ten opzichte van mensen die zelfstandig meten, zonder medische indicatie. De geïnterviewde artsen gaven aan voor- en nadelen te zien van zelfmeten op eigen initiatief. Zo zouden eventuele problemen eerder kunnen worden opgespoord. Maar teveel meten kan ook onnodige onrust veroorzaken. Kwaliteit van zelfmeetapparatuur is ook een aandachtspunt. Daar bestaat nog geen keurmerk of ander kwaliteitslabel voor. Het rapport haalt een inventarisatie aan van zelfmeetapparatuur: ruim 700 apparaten zijn op de Nederlandse markt verkrijgbaar, zonder dat iets bekend is over de betrouwbaarheid ervan. En ten slotte is het opnemen van gegevens in het HIS een probleem. De apparaten zijn moeilijk koppelbaar.*

---

In de context van e-health voor huisarts en patiënt zijn we vooral geïnteresseerd in wat er digitaal vastgelegd en uitgewisseld wordt in het kader van een behandeling of zelfmanagement programma.

---

<sup>21</sup> Timmers B, De Groot M, Den Braber M. De zelfmetende mens. Medisch Contact, 28 augustus 2014.

<sup>22</sup> Nictiz/Trendition. De doe-het-zelfpatiënt en de huisarts: over wat huisartsen vinden van zelfmetingen op initiatief van patiënten. Nictiz/Trendition, 2014.

Binnen de huisartsenzorg gebeurde dat nog maar beperkt<sup>23</sup>. De afgelopen jaren is dat langzaam aan het veranderen. Dit is onder meer het gevolg van meer integrale ketenzorg en de opkomst van zorggroepen. Binnen zorggroepen wordt vaak besloten tot breed inzetten op (digitaal ondersteund) zelfmanagement. Enkele voorbeelden worden aangehaald in het kader hieronder.

#### Voorbeelden digitaal zelfmanagement

- *Patiënten met COPD kunnen werken aan hun eigen begrip van de aandoening, het omgaan met exacerbaties en andere zelfmanagementdoelen via de website [MijnCOPDonline.nl](http://MijnCOPDonline.nl). Gegevens kunnen met behulp van een e-consult worden uitgewisseld met de huisarts of POH;*
- *Mijn GezondheidsPlatform (Medicinfo) is een platform dat wordt ingezet door onder meer zorggroepen voor het ondersteunen van zelfmanagement bij diabetes. Binnen het platform werken professionals en patiënten samen aan het vaststellen, bijhouden en bijstellen van persoonlijke gezondheidsdoelstellingen;*
- *Het merendeel van integrale ketenzorg voor chronische aandoeningen wordt ondersteund door zogenaamde KIS'en (ketenzorginformatiesystemen). Een van deze systemen is Portavita. Voor onder meer diabetes, COPD, CVRM en hartfalen zijn modules ontwikkeld, die ook door patiënten kunnen worden geraadpleegd en gevuld met eigen gegevens;*
- *Patiënten met diabetes kunnen via MijnDVN (van Diabetes Vereniging Nederland) informatie over hun aandoening vinden, en eigen gegevens (bloedglucosewaarden) in een zogeheten gezondheidsdagboek vastleggen. Delen hiervan kunnen uitgewisseld worden met de huisarts.*

#### Wenselijke situatie

Het is wenselijk dat huisartsen en patiënten in het kader van behandeling en/of zelfmanagement gegevens uit kunnen wisselen, meer concreet, dat een patiënt digitaal gegevens kan aanleveren aan de huisarts. Een terrein waarop dit in het bijzonder nuttig kan zijn is (zelf)medicatie. Hoe dit bij voorkeur gebeurt, werken we uit in de volgende aandachtspunten.

#### Aandachtspunten

##### Kwaliteit en betrouwbaarheid metingen

Bij zelfmetingen door patiënten komt vrijwel altijd de vraag naar boven hoe het staat met de kwaliteit en betrouwbaarheid van dergelijke metingen. Zeker als deze gegevens in het medisch dossier worden overgenomen is dat een legitieme vraag. Het is nog niet mogelijk om voor alle soorten door patiënten vastgelegde gegevens de kwaliteit te beoordelen. Het is wel wenselijk om, bij opname in het medisch dossier, duidelijk zichtbaar maken dat gegevens door de patiënt zélf zijn

---

<sup>23</sup> RIVM. De organisatie van zorggroepen anno 2010. RIVM, 2010.



aangeleverd. De NHG-Tabel Diagnostische Bepalingen voorziet hier bijvoorbeeld al in met diverse bepalingen voor thuismetingen. Daarnaast kan het nuttig zijn aanvullend vast te leggen met welke soort apparatuur gegevens zijn gemeten. Dit maakt het eenvoudiger om op een ander moment de betrouwbaarheid hiervan te beoordelen.

### Uitwisselbaarheid gegevens patiënt

Voor gegevens die digitaal door patiënten worden aangeleverd ontbreken vooralsnog landelijke standaarden. Standaarden in dit verband kunnen we breed opvatten. Het gaat dan zowel om inhoudelijke standaarden die iets zeggen over welke gegevens zinvol zijn om uit te wisselen, als om technische standaarden. Ook over de methode van gegevensuitwisseling zijn geen landelijke afspraken. Gevolg hiervan kan zijn dat, met de toenemende mogelijkheden van gegevensopslag door patiënten, er een wirwar aan oplossingen ontstaat die zowel voor de huisarts als voor systeemleveranciers onwenselijk is. Het is wenselijk om in samenspraak met patiëntenorganisaties een standaard voor deze gegevensuitwisseling te formuleren.

### Verantwoordelijkheid gegevens patiënt

Gegevens zoals vastgelegd door een patiënt, zelfs als dat op verzoek van een arts wordt gedaan, zijn nog niet automatisch medische gegevens of gegevens waar de arts iets mee kan of moet. De patiënt is verantwoordelijk voor die gegevens. Op het moment dat gegevens door een huisarts opgenomen worden in het medisch dossier – al dan niet digitaal, verandert dit. Op dat moment maken die gegevens onderdeel uit van het dossier en is de huisarts verantwoordelijk voor het beheer ervan. Het beroepsgeheim en de wettelijke bewaarplicht zijn dan aan de orde. Dit is vergelijkbaar met het opnemen in het dossier van bijvoorbeeld uitslagen van aangevraagd onderzoek, conclusies uit ontslagbrieven of andere informatie van derden. Juist omdat de verantwoordelijkheid – en ook aansprakelijkheid – voor de gegevens bij de huisarts komt te liggen, is het nodig heldere afspraken te maken met de zelf metende patiënt. Daarbij gaat het om praktische zaken: welke gegevens worden vastgelegd, hoe komen die in het dossier van de huisarts, hoe wordt daar door de huisarts mee omgegaan en hoe wordt hierover gecommuniceerd? Dit schept duidelijkheid.

### Aanbevelingen

- Het is wenselijk dat huisartsen en patiënten in het kader van behandeling en/of zelfmanagement gegevens uit kunnen wisselen en dat een patiënt digitaal gegevens kan aanleveren aan de huisarts;
- Bij opname in het medisch dossier van gegevens dient duidelijk zichtbaar te zijn dat gegevens door de patiënt zelf zijn aangeleverd. De NHG-Tabel Diagnostische Bepalingen voorziet hier bijvoorbeeld al in met diverse bepalingen voor thuis gemeten zaken.
- Voor goede gegevensuitwisseling is het noodzakelijk inhoudelijke en technische standaarden vast te stellen voor de uitwisseling van gegevens tussen huisarts en patiënt. Dit heeft zowel nut voor de uitwisseling tussen een PGD en een HIS, als tussen andere digitale platforms.
- Het is van belang heldere afspraken te maken met patiënten over het digitaal aanleveren van gegevens: welke gegevens, hoe komen die in het dossier van de huisarts, hoe wordt daar de huisarts mee omgegaan en hoe wordt hierover gecommuniceerd?



## 6. Online behandeling

### Waar hebben we het over?

Er ontstaan steeds meer mogelijkheden om digitaal (delen) van screening, diagnostiek of behandeling te ondersteunen. Dit geldt zowel voor somatische onderwerpen, leefstijl-gerelateerde zaken en in het bijzonder voor psychische klachten. In dit hoofdstuk richten we ons vooral op die laatste categorie. Sinds 2014 is de organisatie van de zorg voor patiënten met psychische problemen grondig veranderd. De huisarts en POH-GGZ nemen de zorg voor lichte tot matige GGZ problematiek voor hun rekening. Bij lichte tot matige psychische klachten kan de huisarts besluiten door te verwijzen naar de basis-GGZ, zoals een psycholoog of psychotherapeut. Bij onvoldoende resultaat in de basis-GGZ of ernstige problematiek kan de huisarts ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Zowel bij de zorg geleverd door de huisarts/POH als in de basis-GGZ wordt door de overheid en zorgverzekeraars nadrukkelijk de mogelijkheid van e-health gestimuleerd. Dan wordt vooral gedoeld op online hulpprogramma's. Dit zijn programma's die via het internet door patiënten zelfstandig dan wel onder begeleiding van een zorgprofessional te doorlopen zijn. De gedachte achter dergelijke programma's is dat de patiënt in zijn eigen tempo, op eigen wijze, een programma kan doorlopen voor de bestrijding van dan wel het omgaan met psychische klachten. Enkele voorbeelden worden hieronder aangehaald.

#### Online (begeleide) zelfhulp programma's

#### *Het Trimbos Instituut ontwikkelde diverse zogenaamde "e-mental health" programma's:*

- *Aanpakken alcoholgebruik: [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl);*
- *Kleur Je Leven, bestrijden depressieve klachten (begeleide hulp);*
- *Psyfit.nl, werken aan "mentale fitheid" (zelfhulp);*
- *Diabetergestemd.nl, voor depressieve klachten bij patiënten met diabetes (deels begeleid);*

*Naast deze programma's zijn diverse andere partijen actief die vergelijkbare oplossingen bieden, zoals Minddistrict, Therapieland en Telepsy.*

*De meeste programma's zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en problem solving therapy. Oorspronkelijk zijn deze ontwikkeld voor toepassing in de 2<sup>e</sup> lijn.*

---

Een belangrijk onderdeel van digitale behandeling is goede digitale informatie over psychische problemen. Zo zijn er, behalve Thuisarts.nl, diverse voorlichtingswebsites over problemen als depressie, stress, angststoornissen en verslavingsproblematiek (roken, alcohol, drugs).

Een relatief nieuwe categorie toepassingen specifiek voor de GGZ bij de huisartsenzorg zijn de zogenaamde screeners. Deze niet onomstreden toepassingen geven op basis van diverse patiëntkenmerken een advies over waar een patiënt het best behandeld kan worden en met welke diagnose.

Deze toepassing laten we hier verder buiten beschouwing, aangezien het primair een hulpmiddel voor huisarts en POH is. Wel belangrijk is te noemen dat screeners en e-health programma's voor (begeleide) zelfhulp vaak in samenhang worden aangeboden.

### Stand van zaken in Nederland

E-health toepassingen zoals online behandelprogramma's voor de GGZ zijn volop ingevoerd in de tweede lijn c.q. de specialistische GGZ. In de huisartsenzorg is dat nog niet het geval. Het meeste aanbod is ontwikkeld met de zorgvragen en de doelgroep van de 2<sup>e</sup> lijn, en wordt geschikt gemaakt voor de zorg door de huisartsenpraktijk. Zowel huisartsenpraktijken als zorggroepen, die in groter verband de GGZ zorg aanbieden, oriënteren zich op deze mogelijkheden. De verwachting is dat het gebruik van digitale voorlichting, online (al dan niet begeleide) hulpprogramma's en screeners de komende jaren zal toenemen, in uiteenlopende combinaties.

### Wenselijke situatie

De ontwikkelingen in de GGZ zoals geleverd door de huisartsenpraktijk zijn nog niet uitgekristalliseerd. De wijzigingen in het stelsel zijn nog vers, wat er nodig is in de praktijk en welke keuzes hier het beste bij passen is nog niet met zekerheid te zeggen. Desondanks is er een vraag vanuit het veld als het gaat om het invullen van ICT behoeften. Die hebben enerzijds te maken met de behoefte aan adequate dossiervorming en digitale ondersteuning van communicatie, in het HIS en eventueel het KIS. Anderzijds gaat het om het goed inzetten van e-health mogelijkheden, waarbij de aandacht ligt op online behandelprogramma's. We richten ons hier op het laatste: voor huisartsen en patiënten die daarvan gebruik wensen te maken is het van belang dat meer bekend wordt over aanbod en kwaliteit van dat aanbod.

### Aandachtspunten

Bij online behandelprogramma's in de GGZ maar ook in brede zin is het van belang dat:

- Transparant is wie de aanbieder van het programma is, hoe de kwaliteit van het programma wordt geborgd en hoe aansprakelijkheid is georganiseerd;
- Er voldoende zicht is op de effectiviteit van het programma: welke vorm van therapie wordt gebruikt, bestaat er wetenschappelijk bewijs voor de werking en toegevoegde waarde? Het door het Trimbos instituut ontwikkelde Online Hulp Stempel kan hierbij in de GGZ een belangrijke rol gaan spelen.
- Dat er een goede (digitale) koppeling bestaat tussen wat in een online behandelprogramma wordt vastgelegd en in het HIS of KIS;
- Bij online programma's met begeleiding, wordt die begeleiding niet altijd door een praktijkmedewerker verzorgd. Onbegeleide zelfhulp kan ook onderdeel zijn van behandeling. In beide situaties moet de communicatie tussen huisartsenpraktijk en het online programma goed georganiseerd zijn.

## Aanbevelingen

Bij het kiezen voor en het gebruik maken van online behandelprogramma's in de GGZ, is het nuttig de volgende aanbevelingen te hanteren.

- Zorg dat bekend is welke partij een online behandelprogramma aanbiedt, hoe deze partij kwaliteit van het programma heeft geborgd, hoe omgegaan wordt met privacygevoelige gegevens en hoe de aansprakelijkheid is georganiseerd.
- Gebruik programma's die zich baseren op algemeen geaccepteerde therapievormen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en andere vormen zoals benoemd in de NHG-Standaarden.
- Zorg ervoor dat er digitale gegevensuitwisseling mogelijk is tussen het behandelprogramma en de huisartsenpraktijk. Dat kan bestaan uit verslagen, rapportages of berichten tussen behandelaars.

## 7. Informatiebeveiliging en privacy

### Waar hebben we het over?

Digitale uitwisseling van gegevens introduceert nieuwe kansen voor de zorg, maar zorgt ook voor uitdagingen op het gebied van informatiebeveiliging en het waarborgen van privacy. Dit is niet uniek voor e-health, maar geldt voor alle ICT die wordt ingezet in de huisartsenzorg. We beperken ons hier dan ook tot die aspecten van informatiebeveiliging die bij e-health aan de orde zijn.

Voor e-health toepassingen in de huisartsenzorg zijn vooral de volgende thema's relevant<sup>24</sup>.

- Beveiligde gegevensuitwisseling tussen huisartsenpraktijk en patiënt;
- Identificatie en authenticatie: zekerheid over identiteit van patiënt én professional;
- Verantwoordelijkheden bij opslag en uitwisseling van gegevens;

Toepassingen die de registratie en uitwisseling van medische gegevens mogelijk maken zullen altijd met deze aspecten te maken krijgen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij e-consult, digitale herhaalrecepten en dossier inzage, ongeacht de gebruikte technologie. Hieronder gaan we verder in op deze thema's.

### Beveiligde gegevensuitwisseling

Een patiënt die via e-consult een vraag stelt aan de huisarts stuurt langs digitale weg - veelal via internet - persoonlijke, medische gegevens over het internet. Een huisarts die via zijn praktijkwebsite patiënten inzage geeft in het medisch dossier doet hetzelfde. Het spreekt voor zich dat het uitwisselen van medische gegevens via internet beveiligd moet gebeuren. Een passend beveiligingsniveau is nodig. Het gaat in eerste instantie om het versleutelen van gegevens die tussen zender en ontvanger worden uitgewisseld. Dit is een van de redenen waarom het gebruik van gewone e-mail voor het uitwisselen van medische gegevens dan ook sterk te ontraden is. Zie ook de passages over het e-consult in hoofdstuk 3. Beveiligde gegevensuitwisseling klinkt vanzelfsprekend, maar in de praktijk is het nog niet altijd zo georganiseerd, zoals het voorbeeld illustreert.

#### Beveiliging online herhaalrecepten

*In de zomer van 2013 publiceerde het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) de resultaten van een steekproef onder 150 websites van huisartsen en apotheken<sup>25</sup>. Van die websites boden 43 het herhaalrecept bestelformulier aan via een onbeveiligde verbinding. Daarmee was er, aldus het CBP, geen passend beveiligingsniveau en handelden de verantwoordelijken in strijd met de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Het ging specifiek om het niet gebruiken van SSL. Dit is een gangbare techniek om het verkeer tussen een gebruiker en een website te beveiligen: het bekende "slotje". Wat opviel aan dit bericht was dat in een aantal situaties een basale, standaard beveiligingsmaatregel, toch niet werd genomen. In 2014 berichtte het CBP dat de onderzochte websites allemaal afdoende zijn beveiligd.*

---

<sup>24</sup> Nictiz. Een juridisch kader voor Patiëntportalen. Nictiz, 2013.

<sup>25</sup> College Bescherming Persoonsgegevens. Onderzoek naar de beveiliging van het online aanvragen van herhaalrecepten bij huisarts en apotheek. CBP, 2013.

## Identificatie en authenticatie

Wie is de patiënt, of de huisarts, of de praktijkondersteuner, aan de andere kant van de digitale snelweg? En hoe weten we dat zeker? Beveiligde gegevensuitwisseling betekent ook identificatie (wie is het) en authenticatie (zekerheid over wie het is). Identificatie is van belang om diverse redenen: om te bepalen met wie er wordt gecommuniceerd, maar ook om administratieve redenen, zoals het kunnen declareren van een e-consult of het kunnen registreren van een handeling in het juiste medische dossier. Het authenticeren, het zekerheid geven en krijgen over de identiteit, kan op allerlei manieren worden uitgevoerd. Daarbij kunnen drie soorten bewijs gebruikt worden:

- iets wat de gebruiker weet (kennis, zoals een wachtwoord);
- iets wat de gebruiker bezit (bijvoorbeeld een smartcard);
- iets wat de gebruiker *is* (een unieke, persoonlijke eigenschap, zoals een vingerafdruk).

In het algemeen geldt dat het niveau van beveiliging (en dus de gekozen methoden om toegang te krijgen) mee moet groeien met risico's op gegevensverlies en de aard van de gegevens die beveiligd moeten worden. Voor medische gegevens is een combinatie van twee of meer authenticatiemiddelen een minimale vereiste. Een gebruikersnaam en wachtwoord volstaat dan ook niet bij e-health toepassingen. Hier gaat het vrijwel altijd over medische gegevens.

In de zorg wordt toegang tot e-health toepassingen technisch op diverse manieren aangeboden:

- Gebruikersnaam en wachtwoord;
- Gebruik van DigID;
- Persoonlijke pas, zoals de UZI-pas (Unieke Zorgverleners Identificatie);
- Token-authenticatie, zoals bekend van internetbankieren;
- Biometrie oplossingen, zoals toegang op basis van gezichtsherkenning of vingerafdrukken;

Bij deze technieken kunnen nog extra oplossingen worden ingezet die de veiligheid vergroten, zoals bijvoorbeeld eenmalige SMS-verificatie, sessiecodes via SMS en face-to-face controle. Het gaat dus om een combinatie van techniek en de manier waarop deze techniek in de praktijk ingezet wordt.

In Nederland wordt over het algemeen het gebruik van de UZI-pas (van origine bedoeld voor toegang tot het landelijk EPD) als identificatie- en authenticatiemiddel adequaat geacht voor het raadplegen van medische gegevens door zorgverleners. De pas in combinatie met een zescijferige pincode is voor e-health oplossingen ook bruikbaar en voor de meeste soorten toepassingen ook afdoende. Maar de pas is niet door patiënten te gebruiken.

Voor identificatie en authenticatie door de patiënt zijn in theorie allerlei oplossingen denkbaar, vergelijkbaar met de UZI-pas. In de praktijk beschikken we niet over een landelijk inzetbare oplossing voor patiënten. DigID is voor veel e-health toepassingen op dit moment eerste keus. Het voordeel van DigID is dat het een bewezen methode is voor identificatie en authenticatie. Daarnaast groeit het gebruik van DigID onder de Nederlandse bevolking: niet alleen voor overheidszaken maar ook steeds meer andere zaken is het hulpmiddel te gebruiken. Net als andere middelen kent ook DigID beperkingen; zonder aanvullende (SMS) verificatie is het bijvoorbeeld gevoelig voor misbruik<sup>26</sup>. Desondanks heeft het gebruik van DigID de voorkeur boven andere authenticatiemethoden. Er is eenvoudigweg geen andere, betere methode voorhanden die landelijk, standaard en betaalbaar werkt, en tweefactor authenticatie biedt voor patiënten. Geen enkel authenticatiemiddel is 100%

---

<sup>26</sup> Croonen H. Gekraakt DigID veelgebruikt in de zorg. Medisch Contact, 8 januari 2014.

waterdicht en veilig. Voor e-health toepassingen waarbij medische gegevens worden geregistreerd en uitgewisseld is DigID met SMS of een andere aanvullende verificatie een vereiste.

Goede beveiliging en gebruiksgemak staan op gespannen voet met elkaar, zeker bij e-health in de huisartsenpraktijk. Als het toegang krijgen tot een beveiligde omgeving zoveel drempels opwerpt dat patiënten weer naar de telefoon grijpen, dan gaat er iets niet goed. Vaak wordt de vergelijking gemaakt tussen de zorg en het bankwezen als het gaat om “digitaal zaken doen”. Het verschil is dat daar de digitale route ondertussen vrijwel de enige route is die bewandeld kan worden. De huisarts zal ook op andere manieren bereikbaar willen zijn, voor iedereen. Een ander verschil is de “contactfrequentie”. Als een voldoende veilige én goed bruikbare aanmeldmethode landelijk beschikbaar komt, kan e-health werkelijk gaan groeien. Tot die tijd is het zoeken naar alternatieve oplossingen, waar beveiligingsrisico’s altijd moeten worden afgewogen tegen gebruikersgemak.

#### **Kader: DigID gebruik in de zorg**

***Hieronder enkele voorbeelden van e-health toepassingen die DigID gebruiken:***

***Constamed; DigID voor het voeren van e-consult tussen huisarts en patiënt;***

***Mijngezondheid.net; het patiëntenportaal van HIS leverancier Pharmapartners vereist inloggen via DigID in combinatie met een sessiecode via SMS;***

***Het portaal van het Flevoziekenhuis, onder meer bedoeld voor het online maken van afspraken, biedt inloggen via DigID aan. Hier is er wel een keuze voor wachtwoord met of zonder SMS verificatie;***

***Apotheken van de Service Apotheek keten kunnen een online herhaalservice aan hun patiënten aanbieden. Inloggen kan met behulp van DigID met SMS verificatie.***

***Zowel het Radboud ziekenhuis in Nijmegen als het Maxisima Medisch Centrum in Veldhoven bieden patiënten toegang tot medische gegevens en online services. Dit gebeurt via DigID, met SMS verificatie. Daarnaast moet de patiënt ook in het ziekenhuis bekend zijn en zich daar eenmalig hebben gelegitimeerd.***

---

#### **Verantwoordelijkheden bij opslag en uitwisseling van gegevens**

Bij een veilige omgang met medische gegevens is het belangrijk vast te stellen wie waarvoor verantwoordelijk is. De “verantwoordelijke” zoals in de Wet Bescherming Persoonsgegevens bedoeld, is niet dezelfde als de leverancier van een systeem waarmee gegevens worden uitgewisseld. Dit is een gegevensbewerker, zoals de WBP dat noemt, waarmee duidelijke afspraken gemaakt moeten worden door de verantwoordelijke. Anders gezegd: als je als huisarts een e-health dienst aanbiedt, ben jij daarop als verantwoordelijke aanspreekbaar. Als huisarts dien je duidelijke afspraken te hebben met de leverancier die de dienst aanbiedt, onder meer op het gebied van beveiliging. Dit klinkt logisch en is vergelijkbaar met het gebruiken van een HIS. Voor de situatie waarin een huisarts een beveiligde website of portaal aanbiedt aan zijn patiënten is dit voldoende helder. Maar wat als de zorggroep, waar de huisarts lid van is, één website heeft ter ondersteuning van zelfmanagement? Wat als de patiënt zelf gegevens vastlegt in een digitaal dossier dat door de huisarts wordt aangeboden? Hoe liggen de verhoudingen dan? En welke verantwoordelijkheden

heeft een patiënt eventueel? In dit soort situaties kan het nodig zijn gebruikersovereenkomsten tussen huisartsen, zorggroep en patiënten op te stellen. Hierin worden dan verantwoordelijkheden van de betrokken partijen geregeld.

### Aanbevelingen

- E-health kan niet zonder veilige registratie en uitwisseling van gegevens. Dat begint met bewustzijn bij zowel arts als patiënt dat er digitaal medische gegevens worden uitgewisseld;
- De gegevensuitwisseling tussen huisarts en patiënt, moet, ongeacht de gebruikte techniek (websites, apps, losse programma's) beveiligd verlopen. Dat betekent op zijn minst versleuteling van het digitale verkeer;
- Identificatie en authenticatie van de patiënt én de zorgverlener bij e-health is een vereiste. Het moet helder zijn wie er aan de andere kant van de "lijn" zit en dat hij werkelijk is wie hij claimt te zijn;
- In de praktijk betekent dit dat bij e-health toepassingen inloggen voor zorgverleners met behulp van een UZI pas vrijwel altijd afdoende is;
- Om als patiënt toegang te krijgen tot e-health toepassingen – en de daarin beschikbare medische gegevens - is inloggen met twee methoden (twee-factor authenticatie) een minimale eis. Alleen "gebruikersnaam-wachtwoord" is onvoldoende. Voor een patiënt is inloggen met twee methoden een minimale eis;
- Patiënten kunnen ook via DigID toegang krijgen tot e-health diensten. Hoewel dit voor identificatie afdoende kan werken, heeft het ook de nodige beperkingen. Niet in de laatste plaats is het een drempel voor toegang door patiënten;
- Bij het registreren en uitwisselen van medische gegevens door e-health toepassingen is de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit helder. Als een huisarts die dienst aanbiedt, is de huisarts als eerste verantwoordelijk.

## 8. Kwaliteitscriteria e-health

### Waar hebben we het over?

Als we e-health toepassingen zien als waardevolle hulpmiddelen om in te zetten in de huisartsenpraktijk, zullen we ook – net als bij andere hulpmiddelen – manieren moeten hebben om te beoordelen wat dan “goede” e-health toepassingen zijn. Een breed geaccepteerd “OK-stempel” of ander soort keurmerk voor goede e-health toepassingen bestaat in Nederland niet. Het is ook de vraag of iets dergelijks haalbaar en noodzakelijk is. Het aantal toepassingen is dusdanig groot en groeiend, dat het instellen van een keurmerk of certificaat een onrendabele inspanning zou vergen.

Om de kwaliteit van e-health toepassingen te borgen zijn twee zaken nodig. Het is nodig dat criteria worden benoemd waaraan e-health toepassingen zouden moeten voldoen om ze in de huisartsenpraktijk in te zetten. Vervolgens zullen er manieren moeten zijn waarop deze criteria werkelijk worden toegepast in beslissingen over e-health. Innovatie en kwaliteitscriteria lijken op gespannen voet te staan met elkaar. Enerzijds zal er ruimte moeten zijn voor innovatie en vernieuwing, anderzijds is het van belang dat e-health toepassingen voldoen aan basale kwaliteitscriteria. Criteria, het toepassen daarvan en innovatie worden hierna behandeld.

### Criteria

We onderscheiden de volgende criteria voor het beoordelen van de kwaliteit van e-health toepassingen.

#### a. Effecten en ervaringen

Bij e-health wordt nogal eens gevraagd om “evidence”. Het antwoord daarop is in zijn algemeenheid niet te geven, e-health is immers een verzamelbegrip. Per toepassing zijn er andere uitkomstmaten die relevant zijn en waar in meer of mindere mate onderzoek naar is gedaan. Daarom spreken we hier liever van effecten en ervaringen. Bereikt de toepassing waar deze voor bedoeld is? Welke effecten heeft het gebruik ervan, op welke uitkomstmaten? Zijn er al ervaringen met de toepassing opgedaan, binnen de huisartsenpraktijk, of daarbuiten? Van een e-health toepassing die in de huisartsenpraktijk wordt ingezet, mag worden verwacht dat minimaal bekend is wat praktijkervaringen zijn en wat de gevolgen zijn van invoering in de praktijk. Net als veel andere innovaties zullen e-health toepassingen een cyclus van ontwikkeling, uitproberen, evalueren en bijstellen moeten doorlopen.

#### E-consult onderzocht

*Het Amsterdamse bureau studentenartsen liet onderzoek hoe e-consults door patiënten in de praktijk werden ervaren. Enkele opvallende observaties uit het onderzoek waren het relatief grote aantal e-consults over zwangerschap, anticonceptie en psychische problematiek, de grote patiënttevredenheid en het gegeven dat circa 15% van de patiënten na een e-consult alsnog op het spreekuur moest komen.*

---

#### b. Respecteren huisarts/patiënt relatie

Een toepassing kan het voor patiënten eenvoudiger maken toegang te krijgen tot informatie, kan helpen in belangrijke keuzes of beslissingen en kan helpen in het contact tussen huisarts en patiënt. Technologie maakt het mogelijk dat dit alles onafhankelijk van plaats en tijd plaats kan vinden. Het maakt het ook mogelijk dat de huisarts/patiënt relatie al dan niet doelbewust wordt omzeild. Het



NHG hecht zeer aan die relatie en e-health toepassingen moeten dan ook ondersteunend zijn aan die relatie. Diverse onderzoeken hebben uitgewezen dat het succes van e-health in hoge mate afhankelijk is van de acceptatie door beide partijen.

#### *Praktijkvoorbeeld: Constamed*

*In het voorjaar van 2014 werd Constamed gelanceerd. Via deze dienst kunnen mensen een website of app gebruiken om niet-urgente medische vragen te stellen aan een willekeurige huisarts. Deze vragen zouden vervolgens als e-consults worden aangemerkt en gedeclareerd. Het NHG benadrukte het nut van het e-consult, maar ook het belang van de arts-patiënt relatie<sup>27</sup>. Constamed maakte het mogelijk dat een huisarts die de patiënt op geen enkele manier kent en over onvoldoende informatie beschikt, toch medisch advies geeft. Dit druist in tegen de KNMG richtlijn online arts-patiënt contact<sup>28</sup>. Doordat veel e-consult vragen uiteindelijk zouden leiden tot terugverwijzing naar de eigen huisarts, werd getwijfeld aan de kostenbesparing die de dienst zou bewerkstelligen. In de zomer van 2014 heeft Constamed haar beleid aangepast en maakt het alleen nog maar e-consults mogelijk tussen patiënt en de eigen huisarts.*

---

Het respecteren van de huisarts-patiënt relatie betekent ook dat een e-health oplossing zoveel mogelijk onafhankelijk zou moeten zijn. Op zichzelf is er niets mis met het commercieel aanbieden van e-health diensten, maar zowel huisarts als patiënt moeten er van op aan kunnen dat dergelijke diensten niet worden gebruikt voor oneigenlijke doelen, zoals reclame. Transparantie van de aanbieder is daarom een belangrijk aandachtspunt.

#### **c. Combineren online en offline**

E-health toepassingen zouden ingebed moeten zijn in de bestaande arts-patiënt relatie (zie ook hiervoor). Dit betekent dat er een goede aansluiting moet bestaan tussen wat er online plaatsvindt en het contact in de spreekkamer. Bij online interventies zoals gebruikt bij GGZ wordt dit ook wel “blended e-health” genoemd, maar het principe is breder te hanteren. Wat er online gebeurt, door huisartsenpraktijk en patiënt, zou naadloos over moeten lopen in wat niet online gebeurt, en vice versa. Als beide werelden in de context van zorg niet op elkaar aangesloten zijn, ontstaat het risico van nog meer versnippering.

#### **d. Adequate koppeling tussen systemen**

E-health toepassingen maken het mogelijk medisch relevante gegevens op te slaan. Het is onwenselijk dat belangrijke gegevens, zoals door de patiënt vastgelegde data, niet eenvoudig beschikbaar zijn te stellen – mits de patiënt dat wil - aan de huisarts. En andersom geldt hetzelfde: medische gegevens digitaal raadplegen vanuit een andere omgeving dan het HIS moet mogelijk zijn. Het is niet realistisch te verwachten dat alle e-health mogelijkheden binnen zorginformatiesystemen zoals een HIS worden opgenomen. Het is daarom zaak dat e-health toepassingen in staat zijn goed te koppelen aan andere systemen. Dat geldt andersom ook: bronsystemen, zoals een HIS, moeten open staan voor dergelijke koppelingen. Dit verhoogt de acceptatie: patiënt noch huisarts zal er weinig voor voelen informatie meer dan eenmalig te registreren. Een goede koppeling zorgt ervoor dat het

---

<sup>27</sup> NHG voorstander van e-consult met eigen huisarts. NHG nieuwsbericht, 2014.

<sup>28</sup> KNMG. Richtlijn online arts-patiënt contact. KNMG, 2007.

dossier dat de huisarts bijhoudt vollediger wordt. Bovendien is het administratief vaak noodzakelijk: zonder de juiste informatie kan er bijvoorbeeld niet gedeclareerd worden.

### Praktijkvoorbeeld: PAZIO

*PAZIO is een initiatief dat zich ten doel stelt de fragmentatie van e-health toepassingen in de zorg en dan vooral de huisartsenzorg tegen te gaan. Het is een voorbeeld van het pragmatisch koppelen van systemen. Via één website zijn verschillende systemen van zorgverleners, waaronder huisartsenpraktijken en ziekenhuizen, bereikbaar. Dit is prettig voor de patiënt: deze hoeft niet op verschillende websites in te loggen om bij de diverse e-health mogelijkheden te komen. Een opvallend aspect, los van de koppelingsoplossing, is de aandacht voor marketing en communicatie van het PAZIO platform in de praktijk.*

---

#### e. Transparantie aanbieder en aanbod

De deskundigheid van de aanbieders van e-health toepassingen moet transparant te beoordelen zijn, net als de wetenschappelijke onderbouwing van het aanbod. Denk hierbij bijvoorbeeld aan verwijzingen naar gebruikte methoden, bronnen en duidelijk inzicht in betrokken commerciële partijen. Dit speelt vooral bij e-health toepassingen die mens-vervangend zijn en in plaats komen van een persoonlijk advies of een persoonlijke behandeling.

#### f. Privacy en omgang met gegevens

Aanbieders van e-health toepassingen zullen uiterst voorzichtig om moeten springen met door patiënten en professionals geregistreerde gegevens<sup>29</sup>. Hoe men hiermee omgaat, moet duidelijk zichtbaar zijn. Dit kan bijvoorbeeld via een privacyreglement op de (praktijk)website waarin dit wordt toegelicht. Zeggenschap van patiënten en professionals over deze gegevens is ook van belang. Wat is er geregeld als een aanbieder failliet gaat, wat gebeurt er dan met de gegevens? Wat gebeurt er als de aanbieder wordt overgenomen door een ander? Waar worden gegevens – anders dan voor het oorspronkelijke doel - nog meer voor gebruikt?

#### g. Heldere communicatie

E-health hulpmiddelen veranderen de manier waarop de huisartsenzorg werkt. Het is dan ook zaak om zowel binnen de huisartsenpraktijk als naar de patiënt helder te communiceren wat die veranderingen precies betekenen. Dat geldt voor alle vormen van e-health. Het aanbieden van digitale mogelijkheden alleen is vaak niet genoeg, er is aandacht nodig voor communicatie richting patiënten. Wat kan de patiënt verwachten als hij een online afspraak plant? Over welke onderwerpen kan een patiënt een e-consult starten, en welke niet? Op deze praktische vragen zal bij de invoering van e-health toepassingen antwoord gegeven moeten worden, zodat men op de hoogte is van de nieuwe mogelijkheden en heldere verwachtingen heeft.

### Toepassen kwaliteitscriteria

Hoe kunnen de genoemde kwaliteitscriteria worden toegepast in de praktijk? Hoe kunnen ze een rol spelen in beslissingen over de invoering van e-health? Allereerst kunnen ze ingezet worden als criteria bij de keuze voor specifieke toepassingen of leveranciers daarvan, door huisartsenpraktijken of grotere samenwerkingsverbanden, zoals zorggroepen. Verder kunnen ze gebruikt worden om op

---

<sup>29</sup> Hooghiemstra T, Nouwt S. Een juridische blik op trends in e-health. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158: A8423.

grotere schaal uitspraken te doen over kwaliteit van e-health toepassingen. Systematisch “keuren” van alle e-health toepassingen lijkt aantrekkelijk, maar is praktisch onuitvoerbaar. Er zijn dusdanig veel toepassingen dat dit een vrijwel onmogelijke opgave is. Keuren of toetsen van een specifieke toepassing voor een specifiek doel is wel denkbaar. Een voorbeeld hiervan zijn de basiseisen voor zelfzorgplatforms zoals opgesteld door het initiatief Zelfzorg Ondersteund. Ook het door het Trimbos Instituut ontwikkelde Online Hulp Stempel, voor digitale interventies voor de GGZ is een voorbeeld. Het aantal aanbieders is beperkt en een toetsing met keurmerk is dan uitvoerbaar en voegt waarde toe. Uiteindelijk kunnen de criteria, met eventuele aanscherping naar soort toepassing, ook worden gebruikt in de bekostiging van e-health toepassingen, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars.

### Innovatie en kwaliteit

E-health en innovatie gaan vaak samen. Nieuwe initiatieven die met behulp van ICT de zorg willen verbeteren, staan dagelijks op. Sommige van dit soort innovatieve ontwikkelingen kunnen nog niet aan alle genoemde kwaliteitscriteria voldoen. De vraag om wetenschappelijk bewijs voor e-health toepassingen kan bijvoorbeeld fnuikend zijn voor nieuwe toepassingen, waarbij het helder is dat pas ná invoering in de praktijk – bijvoorbeeld in de vorm van een pilot - helder wordt wat de effecten zijn. Daarom kan het verstandig zijn de vraag om “evidence” duidelijker te stellen naarmate de kansen op ongewenste effecten groter zijn. Ter illustratie: telediagnostiek en -monitoring (het op afstand diagnosticeren of begeleiden van patiënten) zijn processen die veel meer risico's kennen dan bijvoorbeeld een e-consult. Er is inmiddels veel onderzoek gedaan om te bepalen of deze processen vergelijkbaar zijn of beter zijn dan reguliere zorg. De genoemde criteria zijn niet bedoeld om innovatie te smoren, maar om het beoordelen van goede, waarde toevoegende e-health toepassingen te vereenvoudigen.