



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



AUTORITEIT  
PERSOONSGEGEVENS



# E-health in de eerstelijnszorg: ondersteuning praktijkhouders moet beter

De Inspectie Gezondheidszorg (IGJ) en Jeugd en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) hebben gesproken met medewerkers van een tiental zorgaanbieders uit verschillende beroepsgroepen in de eerstelijnszorg: fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers, huisartsen, wijkverpleegkundigen en diëtisten. Ook hebben we met enkele patiënten gesproken. Het doel was om praktijkervaringen met toepassing van e-health binnen zorgnetwerken te verkennen. Dit is een vervolg op eerdere gesprekken met beroepsorganisaties, kennisinstututen, softwareleveranciers en de Patiëntenfederatie Nederland. Zie [Factsheet e-health: Eerste lijn moet visie ontwikkelen op gebruik e-health](#) | [Publicatie](#) | [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

De gesprekken gingen over de randvoorwaarden voor goede en veilige inzet van ICT in de zorg, zoals het beleid op het gebied van ICT en de wijze van selecteren en invoeren van digitale toepassingen. Andere randvoorwaarden zijn informatiebeveiliging, bescherming van persoonsgegevens en goede gegevensuitwisseling. Deze randvoorwaarden komen samen in het [Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders'](#). Voor de gesprekken is dit kader aangevuld met aandachtspunten uit de wetgeving over verwerking van persoonsgegevens in de zorg.

## Wat zien de IGJ en de AP op hoofdlijnen?

- Veel van de geïnterviewde zorgverleners in de eerstelijnszorg weten niet goed wat zij op langere termijn willen bereiken met digitale toepassingen. De praktijken in de eerstelijnszorg zijn vaak klein en

hebben weinig 'overhead'. Daarom is het moeilijk om deskundigheid op te bouwen over e-health, terwijl dit onderwerp wel steeds meer professionele aandacht vraagt. Zorgverleners doen wat ze kunnen, maar de vraag is of dit vanuit kwaliteitsperspectief genoeg is. Er is voor hen weinig toegankelijke informatie over onderzoek of evaluaties van bepaalde e-health-toepassingen. Keuzes worden ook daarom tamelijk willekeurig gemaakt.

- Voor digitale diensten zijn de eerstelijnspraktijken vooral afhankelijk van het aanbod van productleveranciers. Goed inspelen op eigen wensen en die van hun patiënten is daarom lastig. Invoeren van toepassingen gaat met vallen en opstaan: zorgverleners doen vooral wat op dat moment praktisch en logisch lijkt. Dat leidt er soms toe dat toepassingen niet handig werken of weinig gebruikt worden.
- De geïnterviewde zorgverleners doen hun best om op de hoogte te blijven van relevante wet- en regelgeving rondom e-health. Maar zij merken dat ontwikkelingen snel gaan en geven aan dat die wetgeving complex is. Dat maakt het moeilijk om alles bij te houden. Individuele praktijkhouders verliezen het zicht op alle informatie en toepassingen die ontwikkeld worden. Zo bestaat het risico dat het gebruik van e-health in de eerstelijnszorg blijft hangen in suboptimale oplossingen.
- De geïnterviewde zorgverleners lopen tegen verschillen aan in interpretatie van de wettelijke vereisten voor de bescherming van persoonsgegevens. Dat maakt het lastig om gegevensuitwisseling tussen zorgverleners goed op te zetten. Impasses worden niet opgelost en blijven langer dan nodig voortbestaan.

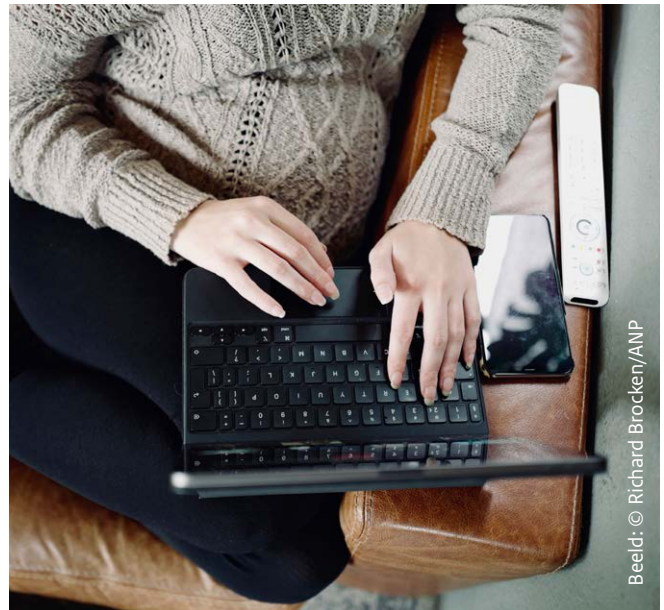
## Welke aanbevelingen hebben IGJ en AP?

Hoe kun je e-health-toepassingen duurzaam inzetten en optimaal benutten? Hier is geen eenvoudig antwoord op. Toch hebben we een aantal aanbevelingen waarmee digitale zorg een wezenlijke bijdrage aan de eerstelijnszorg kan leveren. De meeste zijn gericht op specifieke doelgroepen.

- Overheid en zorgverzekeraars kunnen in beleid en plannen voor inzet van digitale middelen in de zorg meer rekening houden met de specifieke kenmerken en situatie van kleine zorgaanbieders. Zij hebben vaak kleine budgetten en weinig overhead om juridische en ICT-deskundigheid op te bouwen. Ze hebben betaalbare hulp nodig om complexe normen zoals de NEN 7510 in praktijk te brengen.
- In de normenkaders voor de eerstelijns, zoals Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgverlening (HKZ), moet meer aandacht zijn voor ICT. Hierdoor krijgt dat onderwerp een plaats in de certificering en praktijkaccreditering en ontstaat deskundigheid op dit gebied in eerstelijnspraktijken.

Wat kunnen de koepels van zorgaanbieders en beroepsverenigingen doen?

- Koepels en beroepsverenigingen kunnen meer praktische handvatten (laten) ontwikkelen, in 'hapklare brokken'. Bijvoorbeeld over welke mogelijkheden voor videoconsulten aansluiten bij welk systeem en hoe zorgverleners informatie kunnen delen met andere eerstelijns collega's. Andere voorbeelden zijn praktische hulpmiddelen, zoals een opzet voor een risicoanalyse of een gebruikershandleiding om toepassingen (simpel) te implementeren.
- Koepels en beroepsverenigingen kunnen mogelijk ook een 'blauwdruk voor de digitale (eerstelijns)praktijk' ontwikkelen. Deze kan ingaan op de praktische invulling van de verschillende digitale functies, zoals dossierinzage, online afspraken en online consulten. Ook koppeling met persoonlijke gezondheidsomgevingen en elektronische gegevensuitwisseling met collega- zorgverleners (medicatieoverzichten, elektronisch voorschrijven) horen hierbij. Voorbeelden van een dergelijke blauwdruk zijn de [Ziekenhuis Referentie Architectuur](#) (Zira) of het [referentiemodel voor het huisartsinformatiesysteem](#) (HIS) van het NHG.



Wat kunnen zorgaanbieders in de eerstelijns zelf doen?

- Zorgverleners kunnen in gesprek gaan met hun patiënten en vragen waar zij behoefte aan hebben op het gebied van digitale zorg.
- Zorgverleners in de eerstelijns kunnen meer samen optrekken op lokaal of regionaal niveau. Zo ontstaat door krachtenbundeling een sterkere positie en meer invloed op de ontwikkeling van toepassingen door leveranciers.
- Zorgverleners kunnen een proces voor het invoeren van nieuwe e-health-toepassingen ontwikkelen. Besteed daarin aandacht aan projectfasering en go/no-go momenten met duidelijke criteria. Ga ook in op programma's van eisen, systematisch analyseren van risico's, trainen, testen en afspraken over nazorg/service/onderhoud. Een goede methodiek kan helpen risico's te verkleinen, de juiste personen te betrekken en de invoering succesvoller te maken. Ze kunnen hierbij ondersteuning van hun koepel of beroepsvereniging vragen.
- Zorgverleners kunnen toegang tot juridische deskundigheid organiseren, bijvoorbeeld via een gezamenlijke functionaris gegevensbescherming (FG), om impasses over de vereisten bij bescherming van persoonsgegevens te kunnen doorbreken.



Zorgverleners in de eerstelijns (huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, logopedisten en andere paramedici) krijgen steeds vaker te maken met e-health-toepassingen. Zo heeft bijna iedere zorgaanbieder een elektronisch patiëntendossier en ook de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgaanbieders gebeurt vaak digitaal. Maar ook digitale consulten, online intake-formulieren, apps voor het bijhouden van gezondheidsinformatie en digitale aftekenlijsten voor medicatie zijn voorbeelden van e-health-toepassingen die steeds vaker in de eerstelijns gebruikt worden. Deze toepassingen kunnen veel kansen bieden om de zorg voor patiënten en zorgverleners makkelijker, efficiënter én veiliger te maken.

## Wat zijn de bevindingen van de IGJ en AP?

Hieronder staan de bevindingen van de gesprekken met zorgaanbieders in de eerstelijns.

1. [Weinig visievorming op digitale zorg](#)
2. [Het productaanbod bepaalt de mogelijkheden](#)
3. [Sommige initiatieven slaan aan bij patiënten](#)
4. [Invoeren van toepassingen gaat met vallen en opstaan](#)
5. [Zorgverleners in de eerste lijn moeten e-health/ICT er vaak bij doen](#)
6. [Moeilijk om alle ontwikkelingen bij te houden](#)
7. [Onvoldoende houvast door gebrek aan toegankelijke informatie](#)
8. [Afhankelijkheid van de omgeving](#)
9. [Praktische belemmeringen bij gegevensuitwisseling](#)
10. [Afhankelijkheid van leveranciers](#)



## 1. Weinig visie op digitale zorg

Zorgverleners in de eerstelijns hebben meestal geen duidelijk beeld wat zij op de langere termijn willen bereiken met de invoering van digitale toepassingen. We zien dat zorgverleners vaak nieuwe toepassingen invoeren als reactie op ontwikkelingen in hun omgeving. Voorbeelden zijn het starten met online fysiotherapie tijdens de coronacrisis, of gebruik maken van informatie uit een app met gezondheidsinformatie. Het gebrek aan duidelijke langere termijn doelstellingen maakt het lastiger om tot goede keuzecriteria te komen: waar zetten we wel of niet op in en waarom?

## 2. Het productaanbod bepaalt de mogelijkheden

Zorgverleners in de eerstelijns zijn voor het invullen van hun digitale diensten afhankelijk van het aanbod van product-leveranciers. Ze ervaren in het algemeen weinig mogelijkheden om producten aan te passen aan de specifieke wensen van de zorgpraktijk. Voor kleine zorgpraktijken lijkt het eerder te gaan om de vraag of ze product X wel of niet gaan gebruiken dan om de vraag welke oplossing aansluit bij hun wensen en die van patiënten. Ook hebben praktijken in de eerstelijns vaak vooraf geen duidelijk beeld van de behoeften en wensen van hun patiënten op het vlak van digitale oplossingen.

### 3. Sommige initiatieven slaan aan bij patiënten

Ondanks dat het aanbod productgestuurd is, slaan sommige initiatieven wel degelijk goed aan bij patiënten. Bijvoorbeeld online oefenprogramma's in de fysiotherapie tijdens de coronacrisis. Toch vindt niet iedere patiënt dit een volwaardig alternatief en is er een voorkeur voor een bezoek aan de praktijk. Hetzelfde geldt voor de groepsbijeenkomsten bij *centering pregnancy* (een programma dat medische controles en alle informatie rondom zwangerschap, bevalling en de eerste babytijd combineert) die tijdens de coronaperiode online waren en nu weer fysiek plaatsvinden. Online consulten blijken handig wanneer een bezoek aan de praktijk lastig is in te plannen.

Patiënten vinden een online vragenlijst die automatisch in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) wordt opgenomen een zinvolle aanvulling omdat ze rustig kunnen nadenken over de antwoorden.

Ook het gebruik van een *virtual reality bril* bij de behandeling van bepaalde chronische patiënten of een digitaal aanmeldformulier zijn handige aanvullingen op de reguliere zorg- en werkwijze.

#### 4. Invoeren van toepassingen gaat met vallen en opstaan

We zien dat zorgverleners meestal geen methode hebben om nieuwe digitale toepassingen te selecteren en in te voeren. Zij doen vooral wat op dat moment praktisch en logisch lijkt. Een meer formeel proces, waarbij alle belangrijke randvoorwaarden systematisch worden afgelopen, is er meestal niet. Dit vergroot de kans dat zaken over het hoofd worden gezien of dat het resultaat tegenvalt.

Een voorbeeld is een patiëntenportaal dat door een EPD-leverancier als module wordt geleverd. Voor het verstrekken van een link voor het portaal rekent de leverancier een vergoeding, terwijl in de praktijk weinig patiënten hun dossier inzien. Het is dan een kostenpost die weinig oplevert.

## 5. Zorgverleners in de eerstelijns moeten e-health/ICT er vaak bij doen

We zien dat zorgverleners die met de invoering van een nieuwe e-health-toepassing bezig zijn, proberen om dit zo zorgvuldig mogelijk te doen. Ze doen dit vaak met veel enthousiasme, maar zijn vaak niet deskundig. Ze voelen zich sterk afhankelijk van en meestal ook overgeleverd aan de werkwijze van een leverancier.

De betrokken medewerkers leveren regelmatig zelf ook zorg. De praktijken in de eerstelijns zijn vaak klein en hebben weinig overhead. Daarom is het moeilijk om deskundigheid op te bouwen over e-health/ICT, terwijl dit onderwerp wel steeds meer professionele aandacht vraagt. Ze doen wat ze kunnen, maar de vraag is of dit vanuit kwaliteitsperspectief genoeg is.



## 6. Moeilijk om alle ontwikkelingen bij te houden

Het is voor zorgpraktijken in de eerstelijns moeilijk om alle ontwikkelingen bij te benen. Dan gaat het bijvoorbeeld om:

- inzicht in de veelheid aan complexe wetten en normen, onder andere rondom bescherming van persoonsgegevens, elektronisch voorschrijven en informatiebeveiliging;
- overzicht van producten die op de markt zijn en komen op het gebied van digitale zorg en de kwaliteit van het aanbod;
- diverse innovatieprogramma's in de sector en subsidieregelingen.

Specifieke deskundigheid over al deze zaken ontbreekt meestal in praktijken/maatschappen.

Vaak moet ook iedere zorgpraktijk dit alles min of meer zelf volgen, wat niet zorgt voor kennisopbouw in de sector. Hierdoor zijn ze vaak volgend aan de ontwikkelingen en is het moeilijk om een eigen visie te vormen en uit te werken.

## 7. Onvoldoende houvast door gebrek aan toegankelijke informatie

Behalve dat ontwikkelingen lastig bij te houden zijn, is het voor praktijken in de eerstelijns moeilijk om zich een kritisch oordeel te vormen over de kwaliteit van leveranciers en producten. Ze hebben weinig zicht op de betrouwbaarheid van bronnen. Ook is er weinig toegankelijke informatie over onderzoek of evaluaties door zorgverleners, beroepsverenigingen of patiënten over bepaalde e-health-toepassingen. Keuzes worden onder meer daarom ook tamelijk willekeurig gemaakt, bijvoorbeeld op basis van aanbevelingen van bekenden of collega's. Eén zorgverlener geeft bijvoorbeeld aan dat dankzij het advies van de ICT-consultant is gekozen voor de bouw van een veilige website, maar dat collega-praktijken daar niet voor kiezen vanwege hogere kosten.

## 8. Afhankelijkheid van de omgeving

In de gesprekken met zorgverleners in de eerstelijns blijkt dat keuzes op het gebied van e-health vaak afhangen van de regionale situatie en van de verhouding tot andere zorgaanbieders. Dit geldt vooral als het gaat om uitwisseling van informatie en de kanalen die hiervoor worden gebruikt.

Met name paramedici voelen zich wat betreft informatie-uitwisseling vaak afhankelijk van anderen. Zo ontvangen zij nog niet alle verwijzingen elektronisch en is ook de inhoud daarvan vaak beperkt waardoor extra contact met collega-zorgverleners nodig is. Ze ervaren daar weinig invloed op. Verloskundigen ervaren soms een late terugkoppeling van de tweedelijns.

Er zijn diverse producten voor gegevensuitwisseling in gebruik bij zorgverleners in de eerstelijns, bijvoorbeeld voor verwijzingen, beveiligde e-mail of beveiligde chat. Gaat het in een regio om verschillende producten met vergelijkbare functionaliteit dan vragen zorgverleners in de eerstelijns zich soms af of zij in meerdere producten willen investeren. Vaak zijn zij (mede) afhankelijk van de voorkeuren van de partijen waarmee ze samenwerken. Doordat elke productlicentie vanzelfsprekend ook kosten met zich meebrengt, kunnen dit moeilijke keuzes zijn.

## 9. Praktische belemmeringen bij gegevensuitwisseling

Zorgverleners in de eerstelijns lopen ook tegen praktische belemmeringen aan bij het invoeren van e-health. Zo blijkt dat het werken met verschillende elektronische uitwisselingsystemen de samenwerking tijdrovend en soms moeizaam maakt. Zo zien we dat zorgverleners via een berichtenapp elkaar eraan herinneren dat ze via een ander systeem een bericht met een vraag hadden gestuurd. Zo ontstaat een minder efficiënte werkwijze.

In de uitwisseling van gegevens komen er nieuwe informatiekanalen bij, die weliswaar veiliger zijn, maar ook extra tijd en handelingen kosten en daardoor extra eisen stellen aan praktijken. Oude onveilige informatiekanalen blijven ook bestaan. Hierdoor wordt het steeds minder overzichtelijk en bewerkelijker om een compleet en actueel dossier van een patiënt te hebben. Privacywetgeving en toestemmingsvereisten maken de zorg voor kwetsbare patiënten extra ingewikkeld. In welke volgorde moet je aan de verschillende wetten voldoen, hoe houd je bij wie allemaal betrokken is bij een patiënt en hoe houd je contact met hen?

Een automatische koppeling van externe systemen met het patiëntendossier ontbreekt nog regelmatig. Een zorgverlener moet bijvoorbeeld eerst via een extern systeem een uitslag downloaden voordat hij deze in het patiëntendossier kan hangen. Of hij moet handmatig gegevens overzetten uit een elektronisch aanmeldformulier.

Dit komt ook voor als bijvoorbeeld patiënten bepaalde gezondheidsapps willen gebruiken waarbij zij de zorgverlener inzicht willen geven in de verzamelde gegevens. Deze gezondheidsapps en de systemen van zorgverleners kunnen in het algemeen niet (eenvoudig) elektronisch gegevens uitwisselen. Overigens is dan ook niet altijd duidelijk wat patiënt en zorgverlener in zo'n situatie van elkaar kunnen verwachten. Wat doet de zorgverlener met deze door de patiënt verzamelde gegevens? Reageert de zorgverlener tussen opeenvolgende consulten op meetwaarden? Heeft de patiënt de juiste verwachtingen?

## 10. Afhankelijkheid van leveranciers

Kleine zorgpraktijken in de eerstelijns vinden zichzelf geen gelijkwaardige gesprekspartner van ICT-leveranciers, laat staan regisseur van e-health-toepassingen. Ze leunen daardoor sterk op hun belangrijkste leveranciers, zoals de beheerder van de ICT-infrastructuur of de leverancier van het patiëntendossier.

Dit is ook het geval bij gegevensbescherming en informatiebeveiliging. Zorgverleners realiseren zich niet altijd dat gegevensbescherming en informatiebeveiliging niet alleen bepaald worden door de maatregelen van de ICT-leverancier, maar ook door afspraken, processen en gedrag binnen de eerstelijnspraktijk zelf.

Zorgverleners moeten zelf ook allerlei zaken regelen. Voorbeelden zijn: het verstrekken van toegangscode tot systemen en sleutels tot praktijkruimten, instructies bij het gebruik van privételefoons voor het werk en voor het veilig opslaan van (gedownload) gegevens. Ook bij het vertrek van een collega zijn allerlei acties nodig, zoals het blokkeren van accounts en het innemen van apparatuur en sleutels. Als voor deze zaken al een werkinstructie bestaat, dan vindt nauwelijks controle plaats op de naleving ervan. De eindverantwoordelijkheid voor de informatiebeveiliging ligt bij de praktijkhouder.