

Door Teun Stigter

E-health:

praatpalen op de elektronische snelweg

Toelichting:

In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen een internetarts en een huisarts, waarbij de eerste praktiseert via internet en de tweede binnen een traditionele praktijk. Het spreekt vanzelf dat een combinatie hiervan ook mogelijk is. Buiten beschouwing gelaten zijn grensoverschrijdende internetcontacten tussen arts en patiënt. Onder het begrip zorgverlener worden in dit artikel alle (para)medici en verpleegkundigen verstaan, die rechtstreeks contacten met patiënten hebben. Onder patiënt wordt in dit artikel de gene verstaan, die zich tot een zorgverlener wendt met een gerichte vraag of klacht. Dit kunnen ook de wettelijke vertegenwoordigers van een patiënt zijn. Verder is in dit artikel, uitsluitend gemakshalve, de manlijke derde persoon enkelvoud gebruikt.

Inhoud van dit artikel:

Inleiding
De definitie van E-health
Wat leent zich voor E-health?
De relatie tussen arts en patiënt
Regulering of consensus?
De Nederlandse Vereniging voor E-health
De proceseigenaar
De rekening van de internetarts
Richtlijn KNMG
Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

Wie zich verdiept in de opkomst van E-health en de ontwikkelingen daarbij, komt tot de ontdekking dat dit in ons land nog in de kinderschoenen staat. Een afwachterende overheid, zorgverzekeraars die het (nog) niet weten in te passen, patiënten die de weg niet kennen, en te veel pratende partijen. Ook de beroepsgroep zelf is vaak nog terughoudend. Heeft E-health dan wel

toekomst? Daar is eigenlijk iedereen het wel over eens. Wat staat de acceptatie dan in de weg? Het lijkt erop, dat er nog geen consensus is. De poldergemalen draaien langzaam rondom de pioniers, die het overleg zoeken en niet de baricaden. Een versnelling in de acceptatie van E-health lijkt echter zeer wenselijk, nu de druk op de zorgverleners alsmaar toeneemt en steeds meer mensen zonder huisarts komen te zitten.

De definitie van E-health

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg formuleert het als volgt:

"E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren"

Deze definitie is nogal breed

geformuleerd. Het hele scala van applicaties en protocollen om de relaties tussen zorgverleners onderling te verbeteren, de wijze van informatievoorziening tussen beroepsbeoefenaren onderling, kortom alles waar een mailtje aan te pas kan komen, zou dan onder E-health vallen. Beter lijkt mij een definitie, waar het contact met de patiënt centraal staat. Deze zou als volgt kunnen luiden:

"E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, binnen de relatie tussen een zorgverlener en een patiënt"

Wat leent zich voor E-health?

E-health bestaat in feite vier verschillende, hoewel ook vaak overlappende disciplines: informatie, consult, voorschrijven van medicatie en monitoren.

Informatie

Hiermee wordt bedoeld een rechtstreekse informatieoverdracht tussen zorgverlener en patiënt. De uitwisseling van informatie kan even goed plaatsvinden binnen een bestaande behandelrelatie als binnen een nieuwe behandelrelatie, alsook in een incidenteel contact tussen internetarts en patiënt. De informatie is van algemene aard, maar gericht verstrekt naar aanleiding van vragen van de patiënt.

Websites, die het verstrekken van algemene medische informatie beogen, vallen onder de normale informatievoorziening. Zij vormen in feite elektronische bronnen, eventueel

complete naslagwerken, maar spelen geen directe rol in de relatie tussen arts en patiënt, alhoewel ze wel aanleiding daartoe kunnen zijn. Er is vrijwel geen onderwerp te bedenken of er is op het internet volop over gepubliceerd. Wie iets wil weten over hart- en vaatziekten, hersenvliesontsteking, suikerziekte of wintertenen kan op het web terecht. Het web heeft echter een nadeel: aangeboden informatie wordt niet altijd op juistheid gefilterd. Dat is meteen de kracht van sites, die vanuit een duidelijke (para)medische achtergrond zijn opgezet.

Consult

Een consult is een gericht medisch advies, naar aanleiding van een duidelijk omschreven klacht van een patiënt. Het consult valt onder de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). De arts dient zich duidelijk te identificeren. Hij vermeldt zijn BIG-registratienummer op de website, wijst de patiënt op de mogelijkheid dit register te raadplegen, en geeft –indien van toepassing– aan in welk specialistenregister hij staat ingeschreven en hoe ook dit geraadpleegd kan worden. Van de kant van de patiënt mag worden verwacht dat hij de arts zo volledig en zo zorgvuldig mogelijk de informatie verstrekt, die nodig is om een verantwoord advies te kunnen geven. Wanneer de patiënt er de voorkeur aan geeft zijn persoonsgegevens niet te vermelden, dient de patiënt ook duidelijk kenbaar te maken dat hij zulks niet wenst.

Voorschrijven van medicatie

Hoewel de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) aanbeveelt om medicatie alleen voor te schrijven binnen een bestaande behandelrelatie, wordt dit inmiddels al veel breder toegepast. Verderop in dit artikel wordt daar nog dieper op ingegaan. Een medicatievoorschrift gaat een stap verder dan een consult. De patiënt kan hier niet langer anoniem blijven, zijn identiteit moet worden vastgesteld. De behandelend arts moet er natuurlijk van overtuigd zijn dat een aanvullend onderzoek niet noodzakelijk is. Tevens moet hij

de patiënt informeren over de aard van het voorgeschreven medicijn, het gebruik ervan en de eventuele bijwerkingen. Het is misschien goed om op te merken dat de mogelijkheid om langs deze weg een medicijn te verkrijgen kan voorkomen dat een patiënt op het web gaat shoppen en producten bestelt, waarvan herkomst, kwaliteit en werking onduidelijk zijn.

De groep patiënten zonder huisarts is snel groeiende in ons land.

Monitoren

In landen waar de afstanden groot zijn wordt volop gebruik gemaakt van medische hulpmiddelen, die het mogelijk maken om op afstand een patiënt te kunnen monitoren, contact te leggen tussen patiënt en zorgverlener, medicatie toe te dienen of therapie te ontvangen. Van hartslag- en bloeddrukmeter tot apparatuur voor nierdialyse, het is allemaal mogelijk en toepasbaar. Toepassing van telemedicine, de meest gangbare verzamelnaam hiervoor, levert niet alleen voordelen van logistieke aard op, maar verschaft de patiënt ook een veel grotere bewegingsvrijheid en vermindert de druk op de praktijkuitoefening van de zorgverlener. Omdat telemedicine vooral ook mogelijkheden biedt om zorg efficiënter en goedkoper te verlenen, met name aan chronische patiënten, stimuleert de overheid de laatste jaren de ontwikkelingen op dit gebied. Van veel groter belang nog lijkt echter de samenwerking tussen ziekenhuizen, zorggroepen, zorgverzekeraars en wetenschappelijke instituten, zoals bijvoorbeeld de Technische Universiteiten in ons land, om nieuwe technieken te ontwikkelen en toe te passen.

De relatie tussen arts en patiënt

Artsen zijn de afgelopen jaren ondergedompeld geraakt in een hoop elektronisch geweld. Huisartseninformatiesystemen, open communicatiesystemen met apothekers en ziekenhuizen, elektronische medicatie- en

patiëntendossiers in ontwikkeling, de huisarts is erbij betrokken. De patiënt, waar het allemaal om draait, speelt bij de ontwikkeling van al dit moois nauwelijks een rol, maar zal uiteindelijk mede de vruchten plukken van een geoliede informatiestructuur. Met de introductie van de PC in de spreekkamer en de opkomst van internet is ook de communicatie met de patiënt niet langer afhankelijk van bezoek

aan de praktijk of –in omgekeerde richting– bezoek aan huis.

Naast het

telefonische consult behoort nu ook het e-mail consult tot de gangbare mogelijkheden, ook al maken lang niet alle artsen daar gebruik van. Deze communicatielijns biedt echter nog een enorm voordeel: ook de patiënt zonder huisarts kan gebruik maken van deze weg.

De groep patiënten zonder huisarts is snel groeiende in ons land. De bestaande binding tussen patiënt en huisarts is een andere dan vroeger, toen de huisarts de gezinssituatie kende, langs kwam als de kleine koorts had en bij het verlaten van de woning nog even door de tuin liep om bij te praten met oma, die in de schommelstoel op het terras van het zonnetje genoot. Die bijna idyllisch aandoende praktijkuitoefening is er vrijwel niet meer. De huisarts is niet meer dag en nacht bereikbaar, ook niet voor calamiteiten, en de patiënt kijkt niet meer zo hoog tegen hem op als vroeger het geval was. Het is een zakelijke relatie geworden, eentje van dienst (informatieverstrekking, consult, medicatie) en wederdienst (betaling). Een relatie, die grotendeels ook heel goed via internet kan lopen. Een nieuw maatschappelijk issue roept altijd weerstand op, zo ook hier. De tegenstanders wijzen op de delicate relatie tussen arts en patiënt en op het risico dat patiënten lopen als ze adviezen of een medicatievoorschrift krijgen zonder dat de arts de patiënt gezien en onderzocht heeft. Het is evident dat artsen ook dan foute diagnoses kunnen stellen of anderszins verkeerde inschattin-

gen kunnen maken, dus een één op één contact tussen arts en patiënt biedt nog geen garantie op succes. Een handicap daarbij kan zijn dat de patiënt uit onzekerheid of schaamte niet alle relevante informatie verstrekt, waar hij dat in betrekkelijke anonimiteit eerder geneigd zal zijn te doen. De vraag is waar de grenzen liggen, een vraag die aan klemmende actualiteit won, toen onlangs bekend werd dat een vrouw zelfmoord pleegde met het door een internetarts voorgeschreven medicijn Depronol. Even los van de vraag of de betreffende arts hierbij onzorgvuldig handelde (de zaak is nog in onderzoek), moet wel beseft worden dat een persoonlijk bezoek aan een arts heel goed dezelfde uitkomst had kunnen geven.

Regulering of consensus?

Naar aanleiding van het geval kwamen een aantal kamerleden met een ongenueanceerde verzoek aan Hoogervorst het voorschrijven van medicijnen via internet te verbieden. De minister wees terecht op de bestaande tucht mogelijkheden en het feit, dat er in het veld al volop overleg gaande is teneinde E-health in goede banen te leiden. Dit overleg gaat over veel schijven, zo bleek tijdens het jongste symposium van het Nationaal Platform E-health (zie hun statement in het kader) en de inzet is vooralsnog niet eens zo zeer wat de internetarts wel en niet mag doen, maar vooral ook hoe het praktiseren via internet past binnen het huidige vergoedingstelsel. De KNMG is in het overleg berokken en die hebben zich tot nu toe tamelijk terughoudend opgesteld, waarover verderop meer. Regulering hoeft niet altijd van de overheid te komen, een beroepsgroep of een industriële tak kan ook zelf een gedragscode ontwikkelen of met de overheid afspraken maken, een convenant sluiten. Het is dus een logische stap dat (para)medische beroepsbeoefenaren, die gebruik maken van het internet, zich onlangs aaneensloten en een beroepsvereniging hebben opgericht, de Nederlandse Vereniging voor E-health, afgekort NVEH.

Statement van het Nationaal Platform E-health

Het Nationaal Platform E-Health is ontstaan vanuit de behoefte om innovatieve technologische hulpmiddelen sneller in te voeren in de Nederlandse Gezondheidszorg. De huidige stand van zaken met betrekking tot het inzetten van verschillende media als Internet, E-mail, zelfdiagnose systemen en intelligente telecommunicatie is onvoldoende! De gevestigde orde en politiek is onvoldoende in staat gebleken om hierin verandering te brengen. Het platform stelt zich ten doel om sneller de moderne media in de gezondheidszorg in te zetten zodat een halt toegeroepen kan worden aan:

- De toename van het huisartsen en specialisten tekort; onderzoek wijst uit dat in 2005 circa 1 op de 3 Nederlanders geen eigen huisarts meer heeft!
- Stijging van wachtlijsten.
- Onvoldoende mogelijkheden om patiënten efficiënter te helpen in die gevallen waarin het nodig is.
- Toename van kosten door inefficiënte communicatie

De Nederlandse Vereniging voor E-health

Voor de informatie over de NVEH maakte auteur dezes gebruik van de website van de vereniging, www.vereniging-ehealth.nl. Daarnaast had ondergetekende een interview met de voorzitter van de vereniging, Prof. Dr. Georg Hennemann, waarvan u de weerslag elders in dit blad aantreft.

De NVEH heeft als doelstelling:

1. Het bevorderen van gebruik van nieuwe ICT-mogelijkheden, ter ondersteuning en verbetering van de gezondheidszorg
2. Het bewaken van de kwaliteit van via ICT geleverde zorg
3. Het behartigen van de belangen van E-health gebruikers: hulpverleners en patiënten

Alle zorgverleners kunnen een verzoek indienen tot lidmaatschap. Voorwaarde is dat zorgverlening via ICT plaatsvindt, zelfstandig of in een organisatie. Een inschrijving in het register van de beroepsgroep is vere-

ist, bijvoorbeeld een BIG-registratie of vergelijkbaar. Na toetsing volgt een beslissing over lidmaatschap. De vereniging heeft een commissie ingesteld voor uitvoering van de toetsing.

De geleverde zorg moet vallen onder de Nederlandse erkende gezondheidszorg. De aanvrager verklaart zich bereid deze zorg periodiek te laten toetsen op kwaliteit en ethiek. Een door de vereniging ingestelde commissie verricht deze toetsing.

De proceseigenaar

Met de totstandkoming van een beroepsvereniging begint E-health structuur te krijgen. De kwakzalvers worden buiten de deur gehouden en er is sprake van een regelmatige toetsing binnen de beroepsgroep ten aanzien van de kwaliteit van de verleende zorg. Nemen we toch even het geval van de suicidale vrouw, die –onbedoelde– hulp vond bij een internetarts. Op de vraag of het wenselijk is om medicijnen via internet voor te schrijven, roepen een aantal kamerleden “nee”, de KNMG is terughoudend en de internetartsen zeggen “ja”, mits je maar de nodige zorgvuldigheid in acht neemt. Hoe is de fysieke praktijk nu? Arts en patiënt hebben oogcontact, de patiënt verstrekt informatie en de arts gaat daar –al of niet na een lichamelijk onderzoek– mee aan de slag. Er is sprake van een relatie. Deze relatie blijft in takt als arts en patiënt een andere verbinding kiezen. Het telefonisch consult is in dat opzicht bekend en staat op zich nooit ter discussie. Ook het uitschrijven van een (herhalings)recept na telefonisch contact is een normale zaak. In veel gevallen wordt dat zelfs aan de assistente overgelaten, die reeds getekende recepten heeft klaarliggen voor dat soort doeleinden. De bulk van die recepten betreffen vrij onschuldige medicijnen voor vrij onschuldige zaken: griep, hoofdpijn, menstruatie, kleine blessures, overgang, wondjes enz. enz. Wanneer arts en patiënt ervoor kiezen om in hun contact gebruik te maken van e-mail verkeer, dan is dat hun keuze. Ook langs

deze weg kan de arts een reeks van medicijnen voorschrijven, omdat de praktijk op zich niet verandert. Nog steeds is er sprake van een duidelijke relatie tussen de arts en de patiënt. Bij ernstige klachten zal de arts de patiënt bij zich roepen, hier zal hij telefoon of e-mail even laten voor wat het is. Dit komt allemaal anders te liggen als een patiënt ervoor kiest om zich te wenden tot een arts, die hij niet kent. Even los van de reden, waarom de patiënt deze weg kiest, het initiatief gaat altijd uit van de patiënt! Dit is in mijn ogen een heel belangrijk juridisch aspect. De arts biedt weliswaar zijn diensten aan, maar het eerste contact gaat altijd van de patiënt uit: hij wil op deze manier geholpen worden. De arts kan zich via de e-mail, eventueel aangevuld met telefonisch contact, een beeld vormen van de patiënt en de klachten. In de meeste gevallen zal het daarbij een keus uit de waslijst van onschuldige aandoeningen betreffen. Medicatiefouten zullen daarbij net zo vaak optreden als in een reguliere praktijkoefening. Het gokelement bij de diagnosebepaling blijft ook hier aanwezig. Of de arts objectiever te werk kan gaan door dit neutrale contact is de vraag. Een goede arts heeft vaak een zesde zintuig voor datgene wat de patiënt onbesproken laat. Maar in een e-mail contact zal de patiënt minder geneigd zijn om

Een belangrijk deel van klachten verdwijnt vanzelf als de patiënt weet wat er aan de hand is.

feiten weg te laten: het medium biedt hem een veilige schuilplaats. De arts blijft gehouden aan allerlei richtlijnen, die zijn beroep met zich meebrengen, maar de proceseigenaar is de patiënt. Dit is ook het uitgangspunt van de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) waar het gaat om het eigendomsrecht van elektronische medicatie- en patiëntendossiers. De maatschappelijke discussie over E-health, ook binnen de beroepsgroep zelf, zal dus vooral aan de grens plaatsvinden, daar waar de internetdokter expliciet moet doorverwijzen naar een praktijkarts

of direct naar een specialist, of daar waar hij het voorschrijven van medicatie zal moeten weigeren. Dat daarbij altijd fouten gemaakt zullen worden is net zo onvermijdelijk als dat nu het geval is.

De rekening van de internetarts

Zolang er over de rol en het belang van de internetarts geen consensus bestaat, zolang zal er ook geen wettelijke tarievenstructuur komen. De internetarts moet dus of pro deo werken of een eigen tarievenstructuur aanleggen en dienovereenkomstig zijn klanten factureren. Dr. Robert Mol, internetarts van het eerste uur, hanteert een tarief van 12 euro voor een e-mailconsult of een telefonisch consult. Huisartsenposten rekenen rustig het dubbele.

Een aantal verzekeraars zijn inmiddels proeftrajecten gestart omdat zij inzien dat de internetarts in een behoefte voorziet en uit het oogpunt van kostenefficiëntie voordelen biedt. Dat laatste valt eenvoudig te verklaren.

Een belangrijk deel van klachten verdwijnt vanzelf als de patiënt weet wat er aan de hand is. Dan is geen medicatie nodig, geen verder consult, geen bezoek aan de huisarts. De internetdokter biedt dus een zeer efficiënt medium om de reguliere

praktijk te ontlasten. Daardoor heeft de praktijkarts meer tijd voor de patiënten met echte klachten, waarop hij dieper kan ingaan en op zijn beurt weer minder snel zal doorverwijzen naar de specialist.

Bij het sturen van nota's door de internetarts is in elk geval één ongelijkheid opgeheven: per 1 januari 2005 hoeft geen BTW meer te worden berekend, blijkens een beschikking van de staatssecretaris van financiën. Het moet hierbij gaan om een online arts-patiënt contact, die voldoet aan de, eveneens op 1 januari 2005 van

kracht geworden, richtlijn van de KNMG.

Richtlijn KNMG

In de "Richtlijn online arts-patiënt contact" staat, in samenvatting, het volgende te lezen:

- Deze richtlijn ziet op alle online contacten tussen arts en patiënt waarbij de arts heeft aangegeven, op welke wijze dan ook, dat hij voor patiënten online bereikbaar is en hij:

- een op de situatie van de patiënt gericht advies geeft of
- een (farmaco) therapie start of
- een herhaalrecept verstrekt.

- In het belang van de kwaliteit en continuïteit van de zorg, is terughoudendheid geboden bij gebruikmaking van online communicatie.

- Het uitgangspunt is dat online contacten ingebed dienen te zijn in een reeds bestaande behandelrelatie, dat wil zeggen een relatie waarin beide partners elkaar kennen, elkaar hebben ontmoet en zo nodig elkaar weer kunnen ontmoeten.

- Het is echter niet uit te sluiten dat ook buiten een bestaande behandelrelatie online contacten mogelijk zijn.
- Een arts kan besluiten tot een online contact met een patiënt in gevallen waarin de kwaliteit van zorg voldoende is gegarandeerd en de kans op nadelige gevolgen in voldoende mate is verkleind.

De beslissing van de arts dient medisch-inhoudelijk verantwoord te zijn. Aan de overige voorwaarden uit de richtlijn moet zijn voldaan.

- De richtlijn moet worden gezien als een aanvulling op de professionele standaard.
- Omdat de ontwikkelingen op dit gebied nog in volle gang zijn zal één jaar na de vaststelling van deze richtlijn bekeken worden of deze voldoende houvast biedt bij het online arts-patiënt contact. Indien dat niet het geval is zal de richtlijn aangepast worden.

De KNMG prefereert dus een arts-patiënt contact in de traditionele zin, waarbij internet als een aanvullend

De KNMG prefereert dus een arts-patiënt contact in de traditionele zin, waarbij internet als een aanvullend

en ondersteunend medium wordt gezien, vandaar dat ik een eindje terug in dit artikel sprak over een terughoudende opstelling. Maar in de richtlijn als zodanig wordt ruimte gelaten voor contacten daarbuiten. Het kernwoord in het stuk is het woord 'zorgvuldigheid' en dat is ook precies wat van zowel arts als patiënt verwacht mag worden binnen de online contacten.

Conclusies en aanbevelingen

1. E-health dient gezien te worden als een volwaardige discipline binnen de medische zorg
2. De Nederlandse Vereniging voor E-health (NVEH) moet worden gezien als de relevante beroepsvereniging en als zodanig erkend worden als gesprekspartner door de overheid en de KNMG
3. Er dient op korte termijn een (voorlopige) voorziening te worden getroffen ten aanzien van de vergoedingen voor internetconsulten

4. De NVEH dient zo snel mogelijk de richtlijn van de KNMG te implementeren binnen het eigen beleid en duidelijke aanvullende richtlijnen te verstrekken inzake de criteria voor het verwijzen van internetpatiënten naar huisarts of specialist
5. Het in ontwikkeling zijnde elektronische medicatiedossier (EMD) en het elektronische patiëntendossier (EPD) moet bij invoering ook voor internetartsen toegankelijk zijn, wanneer de patiënt daar toestemming voor geeft. De patiënt zal daarbij de mogelijkheid hebben zijn persoonlijke gegevens (naam, adres, woonplaats) af te schermen.



E-health kan een aantal zaken in de gezondheidszorg enigszins vereenvoudigen en dat lijkt geen overbodige luxe