

SYNTHESIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSENPRAKTIJK EN DIGITALISERING

JAARGANG 24 | NUMMER 3



AI GEBRUIKEN IN DE SPREEKKAMER

DIGIVAARDIG IN DE PRAKTIJK • GEBRUIKERSVERENIGING CGM • MEDISCHE INFORMATIE OP SIERAAD • NEDHIS-STUDIEDAG • COLUMNS • TIPS & TRUCS



AI GEBRUIKEN IN DE SPREEKKAMER
DIGIVAARDIG IN DE PRAKTIJK • GEBRUIKERSVERENIGING CGM • MEDISCHE
INFORMATIE OP SIERAAD • NEDHS-STUDIEDAG • COLUMNS • TIPS & TRUCS

EDITIE 3 - 2025 | JAARGANG 24

SynthesHis is het gezamenlijke tijdschrift van de HIS-gebruikersverenigingen CGM, Orego en Sanday

INHOUD

6

EFFICIËNTIE MET RISICO'S: HOE VEILIG IS AI IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?

AI HELPT HUISARTSEN TIJD TE BESPAREN EN ADMINISTRatieve LASTEN TE VERLICHTEN. MAAR DIE SNELHEID ROEPT OOK VRAGEN OP: WAT GEBEURT ER MET PATIËNTGEGEVENS, WIE BEZIT DE TECHNOLOGIE — EN HOE HOUDEN WE DE CONTROLE OVER ONZE EIGEN ZORG? ETHISCH HACKER JONATHAN BOUMAN, TREANT-BESTUURDER MARK VAN HOUDENHOVEN EN HUISARTS KAREL STEUR ZIEN DE KANSEN, MAAR PLAATSEN OOK KRITISCHE KANTTEKENINGEN.

10

AI IN DE SPREEKKAMER: VAN BETER COMMUNI- CEREN TOT EERDER DIAGNOSTICEREN

ALS HET OM AI IN DE HUISARTSENPRAKTIJK GAAT, ZIJN VOORAL DE TOOLS DIE SPRAAK NAAR TEKST OMZETTEN POPULAIR. MAAR WAT IS ER NOG MEER MOGELIJK, NU EN IN DE (NABIJE) TOEKOMST? HUISARTS WILBERT VAN OORSCHOT, TRAINER BREGJE DE BOER (ROER) EN VOORMALIG HUISARTS/EMERITUS HOOGLERAAR NIEK DE WIT VERTELLEN OVER DRIE MANIEREN WAAROP AI-TOEPASSINGEN DE ZORG KUNNEN VERBETEREN.



18

GEBRUIKERSVERENIGING CGM: DE DRIVE OM HET PAKKET TE VERNIEUWEN

IN ONZE REEKS OVER GEBRUIKERSVERENIGINGEN IS DITMAAL CGM AAN DE BEURT, MET RITA HEIJDRA, VOORZITTER VAN DE SOFTWARECOMMISSIE VAN CGM, EN JESPER VAN DEELEN, VOORZITTER VAN DE GEBRUIKERSVERENIGING CGM. VAN DEELEN LOOPT TWEE À DRIE MARATHONS PER JAAR EN HEEFT DUS VOLDOENDE ENERGIE EN DRIVE: 'HET HIS MOET DE GEBRUIKERS OPTIMAAL ONDERSTEUNEN. DAAR WIL IK ME VOOR INZETTEN.'

22

DIGITAAL VAARDIG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

DIGITALE TECHNOLOGIE IS EEN BLIJVERTJE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK. 'DIGIVAARDIG' ZIJN IS DUS EEN MUST. DRIE EXPERTS VERTELLEN HOE JE DE WEG VINDT IN DE VELE MOGELIJKHEDEN EN HOE JE JE DIGITALE VAARDIGHEDEN KUNT VERGROTEN. SUZANNE VERHEIJDEN VAN DIGIVAARDIG IN DE ZORG: 'DIGITALE VAARDIGHEID IS NET ZO BELANGRIJK ALS MEDISCHE KENNIS OF VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN.'

25

SIERADEN MET ESSENTIËLE PATIËNTINFORMATIE

PATRICIA VAN DER LAAN HEEFT ALS DOKTERSASSISTENT ERVAREN DAT DE COMMUNICATIE MET (BUITENLANDSE) PATIËNTEN OVER HUN MEDISCHE SITUATIE VOOR PROBLEMEN KAN ZORGEN. BIJ HAAR ZOEKTOCHT NAAR EEN OPLOSSING KWAM HAAR PASSIE VOOR SIERADEN GOED VAN PAS. HAAR SIERADENLIJN BESAFECHARMS ONTSLUIT ESSENTIËLE PATIËNTINFORMATIE VIA EEN QR-CODE.



29

NEDHIS-STUDIEDAG 2025

WOENSDAG 29 OKTOBER 2025 KWAMEN ONGEVEER NEGENTIG HUISARTSEN, SOFTWARELEVERANCIERS, MEDEWERKERS VAN KOPELORGANISATIES EN PRAKTIJKMANAGERS BIJEEN VOOR DE JAARLIJKSE STUDIE- EN NETWERKBIJEENKOMST. EEN VERSLAG VAN EEN DAG VOL LEERZAME DEMO'S EN DISCUSSIES OVER DE TOEKOMST VAN HET HIS.



&

VERDER IN DIT NUMMER

- 9 **Column Roelf Norg**
- 15 **Column Myrte Gay-Balmaz**
- 16 **Vragen uit de dagelijkse praktijk**
- 31 **Tips en Trucs**



Afscheid bestuursleden NedHIS

Twee markante mensen hebben op 19 november officieel afscheid genomen als bestuurslid van NedHIS en SOG: Kees Kanters en Ronald van Ingen. Al sinds december 2011 was Kees Kanters bestuurslid, waarvan de laatste jaren penningmeester. Hij is geregeld – en wellicht nu nog vaker – te vinden in zijn tweede huis in Frankrijk. Naar verluidt legt hij zich sinds zijn pensionering ook toe op het zelf maken van Rietveld-meubelen. Ronald van Ingen is ruim zeven jaar NedHIS-bestuurslid geweest. Jarenlang was hij ook voorzitter van de gebruikersvereniging Atlas (nu Sanday). Hij gaat zeker niet met pensioen, maar zal naast zijn praktijk nu nog meer tijd kunnen besteden aan zijn actieve hobby's: de atletiekwereld en tracking. Kees en Ronald, nogmaals grote dank voor jullie jarenlange inzet!



Links Kees Kanters, rechts Ronald van Ingen



Taart en boek bij jubileum MicroHIS

In de vorige editie van *SynthesHis* werd het jubileum van MicroHIS al aangekondigd, met de mededeling dat gebruikers van dit HIS hun mailbox in de gaten moesten houden. Inmiddels zijn er speciale jubileumpetitfourtjes uitgedeeld, die vermoedelijk niet in de brievenbus zijn terechtgekomen. Verder verscheen een bijzonder jubileumboek. Het betreft namelijk een herdruk van tien jaar Orego uit 2009 met de nodige aanvullingen uit dit jaar. De ontwikkelingen in de (huisartszorg-)ICT gaan snel, schrijft Orego-voorzitter en NedHIS-bestuurslid Valentijn Deijns. Wat begon als een computer in de spreekkamer is uitgegroeid tot data op een server via internet. Veiligheid is daarmee essentieel. 'Bedreigingen zijn er alom en allang geen zeldzaamheid meer', aldus Deijns. 'De eisen inzake de veiligheid van onze data en systemen vragen om een aangepaste organisatie van de ICT-middelen in de huisartsenpraktijk, met het HIS in het middelpunt. En laat dat nu een plek zijn waar MicroHIS zich thuis voelt...'



Jan van Staalduinen

Krijgt de dokter de schuld als AI fout zit?

Kunstmatige intelligentie veroverst stormenderhand de medische zorg. In het algemeen verbetert AI deze zorg. Maar wat als het misgaat? Valt dat dan de arts te verwijten, het ziekenhuis of de softwareontwikkelaar? Jurist Jan van Staalduinen houdt zich in zijn promotieonderzoek aan het Instituut voor Privaatrecht bezig met dit soort vragen. Dat de arts per definitie aansprakelijk is, noemt Van Staalduinen een misvatting. Volgens de vorig jaar ingevoerde Europese AI Act heeft de aanbieder de verantwoordelijkheid om het AI-systeem goed te trainen. Inmiddels is gebleken dat AI bestaande blinde vlekken kan overnemen, zoals de gerichtheid op het mannelijk lichaam. Verder is medische aansprakelijkheid bij het gebruik van AI juridisch gezien onbetreden terrein. De eerste vraag is, aldus Van Staalduinen: is er wel iemand die verantwoordelijk kan worden gehouden en die de schade moet vergoeden? Kortom, om de burger en patiënt te beschermen moet er AI-regelgeving komen of moet bestaande regelgeving op een nieuwe manier worden geïnterpreteerd. Waar Van Staalduinen aan toevoegt dat een teveel aan regels innovatie ook kan remmen.

Bron: *Leidraad, alumnimagazine Universiteit Leiden, no 3 2025*

De wetenschappelijke publicaties van Van Staalduinen zijn te vinden op: <https://orcid.org/0000-0001-7937-9006>

Redactioneel

Bubbel



Als ik aan kennissen of bekenden vertel dat ik voor een blad over huisartsinformatiesystemen werk, dan zie ik bij het uitspreken van het h-woord al vraagtekens in vele ogen. Leg ik dan uit dat hun huisarts er ook een heeft en niet zonder kan, keert het begrip vaak weer wat terug. Maar als ik dan verder ga en zeg dat elk HIS een gebruikersvereniging heeft, dat die verenigingen onder de koepel NedHIS vallen en dat een aantal van deze verenigingen het magazine *SynthesHis* uitgeeft, dan zegt de betreffende gesprekspartner vaak: even een nieuw drankje halen, zo terug. En je weet hoe dat gaat. Wat ik maar wil zeggen: we bevinden ons in de bubbel aller bubbels.

Dat was misschien tijdens de laatste NedHIS-studiedag ook het geval (een verslag is te lezen op de pagina's 29-30), toch voelde dat niet zo. In de zaal vol huisartsen, praktijkondersteuners en dienstverleners schemerde de zorg voor de patiënt door alle demo's, discussies en vragen heen. Wat schieten onze patiënten op met innovatie zus of zo? Hoe maken we het handiger en inzichtelijker voor hen?

Over bubbels gesproken: sommige dingen kunnen ook maar beter in een bubbel blijven. Zoals gevoelige patiëntinformatie bijvoorbeeld. Die moet je goed en correct met anderen in de zorgketen kunnen delen en voor de rest: in de bubbel, in de vertrouwelijkheid tussen arts en patiënt. Wat er gebeurt als die bubbel barst en de data van patiënten in verkeerde handen vallen, hebben we gezien bij het datalek van Bevolkingsonderzoek Nederland.

Daarover gaat het ook in dit magazine, bijvoorbeeld in het artikel over de kansen en risico's van AI in de spreekkamer. Verder vind je interessante artikelen over digivaardigheid in de zorg en over nog meer AI-toepassingen, onder meer bij het communiceren met patiënten en het doorzoeken van richtlijnen.

Oh ja, degene die een drankje ging halen, kwam toch terug. En we hadden nog een goed gesprek over bubbelwijn, bellenblazen en patiëntgegevens. Veel leesplezier!

Harm Peter Smilde
hp@hpcommunicatie.nl

Hoe veilig is AI in de huisartsenpraktijk?

Dankzij tools als ChatGPT, Juvoly en OurMind vindt kunstmatige intelligentie razendsnel haar weg naar de spreekkamer. AI helpt huisartsen om tijd te besparen en administratieve lasten te verlichten. Maar die snelheid roept ook vragen op: wat gebeurt er met patiëntgegevens, wie bezit de technologie – en hoe houden we de controle over onze eigen zorg?

RONALD JANUS
JANUS020@XS4ALL.NL

Huisarts Karel Steur, commissielid van het LHV-netwerk Huisarts & AI, volgt de ontwikkelingen van dichtbij. Met het netwerk organiseert hij bijeenkomsten waar huisartsen hun vragen over nieuwe technologie kwijt kunnen. Zelf experimenteerde hij in de Amsterdamse praktijk Westerdokters met twee van de bekendste Nederlandse aanbieders van AI-gebaseerde spraaksoftware: Juvoly en OurMind. 'Hun scribetools zetten spraak om in tekst en maken automatisch samenvattingen van het consult', vertelt Steur. 'Dat kan artsen veel tijd schelen. De snelheid waarmee deze technologie wordt omarmd is opvallend: huisartsen, praktijkondersteuners en assistenten adopteren het veel sneller dan ziekenhuizen.' Volgens Steur heeft Juvoly op dit moment de dataveiligheid het best op orde. 'OurMind werkt ook prettig en is in sommige situaties voordeliger, maar Juvoly is de enige partij in Nederland die haar infrastructuur nagenoeg soeverein heeft ingericht. Ze draaien op een eigen lokaal netwerk met eigen ser-

vers en grafische kaarten, waardoor zo min mogelijk data naar het buitenland gaat. Vergeleken met andere aanbieders blijven de verwerking en opslag het meest binnen Nederland. Op dat gebied lopen zij momenteel duidelijk voorop.'

Soevereiniteit als veiligheidsnorm

De 'motor' achter Juvoly's technologie zijn taalmodellen die zij zelf hebben ontwikkeld voor de spraak naar tekst, en voor de samenvattingen is er ook al een lokaal werkende versie (SOEP-NL). Standaard gebruiken ze op moment nog een afgeschermd versie van ChatGPT via Microsofts Azure Cloud voor de samenvatting.

'Maar het mooiste zou zijn als alles binnen Nederland blijft', vindt ook Jonathan Bouman, huisarts, CMIO van de Amsterdamse huisartsenalliantie en ethisch hacker. 'Met onze alliantie hebben we Juvoly uitgebreid doorgelicht', zegt hij. 'We hebben ze juridisch en technisch tot op de draad onderzocht met onafhankelijke experts. We weten nu dat de datastroom veilig is: spraak wordt in frames van 3 seconden verwerkt, niets blijft hangen, ook de samenvatting niet. Alle data blijven in de browser, en zodra je die sluit, verdwijnen ze. Juvoly is een Nederlands bedrijf, wat ze doen is toetsbaar. Dat maakt de keuze voor hen voor mij eenvoudig. Bovendien investeren ze volop in het verder soeverein maken van hun technologie.'

De volgende stap in de ontwikkeling van scribetools is volgens Bouman het omzetten van samenvattingen naar acties. 'Denk aan een afspraak inplannen of het automatisch berekenen van de BMI zodra lengte en gewicht worden genoemd in een consult', zegt hij. 'Technisch kan het al, maar juridisch ligt dat in-



FOTOGRAFIE MARTINI RIJSTRA

Mark van Houdenhoven

gewikkeld. Op het moment dat de AI zo'n berekening uitvoert, wordt het volgens de wet beschouwd als een medisch hulpmiddel, en dan is een CE-keurmerk verplicht. Dat vertraagt innovatie.' Bouman ziet daar juist een kans: 'Ik moedig leveranciers aan om die certificering op te pakken. Als AI voor, tijdens en na een consult direct waarden kan tonen of richtlijnen kan aanreiken, zoals de digitale assistent Ask Aletta, dan wordt het pas echt waardevol. In Amsterdam onderzoeken we hoe we dat op een verantwoorde manier kunnen implementeren.'

Keerzijde van gemak

Je gebruikt AI om je werk leuker en efficiënter te maken, zodat je meer aandacht aan je patiënt kunt besteden', ziet Bouman. 'Toch merk ik dat sommige huisartsen die winst nog niet ervaren. Die daag ik uit: speel met de webinterface van Juvoly, pas de templates aan, zorg dat de AI doet wat jij wilt. Of reflecteer op wat je in de AI stopt, wat je genoeg samen in het consult? De AI is afhankelijk van wat jij erin stopt om een goed verslag te maken.'

De komende fase ziet hij als een kans om consulten te verrijken. 'AI kan helpen bij het naleven van richtlijnen en het signaleren van verouderde gewoonten. Stel dat de AI hoort dat je antibiotica voorschrijft terwijl dat niet meer in de richtlijn staat, dan krijg je direct feedback. Of de AI herkent dat er voor een COPD-patiënt die spirometrie nodig heeft geen wachttijd is bij een wijkcentrum. Dat soort contextuele informatie maakt het werk leuker én beter.' Maar wat als een partij als Juvoly of OurMind wordt overgenomen? Het gebeurt voortdurend in de zorg: kleine innovatieve bedrijven verdwijnen in de portfolio van grote technologieconcerns. 'Daar moet je

JONATHAN BOUMAN: 'OP HET MOMENT DAT DE AI ZO'N BEREKENING UITVOERT, WORDT HET VOLGENS DE WET BESCHOUWD ALS EEN MEDISCH HULPMIDDEL'

als arts alert op zijn', waarschuwt Bouman. 'Kijk goed wat er met je data gebeurt en of je kunt opzegen als het bedrijf in andere handen komt. Stem met je geld.'

Hij pleit voor publieke financiering van veilige, open modellen. 'Stel dat we Juvoly een half miljoen geven om een gevalideerd model te trainen op eerlijke, veilige data, en dat vervolgens vrij beschikbaar stellen. Daarmee creëer je een publieke infrastructuur voor de eerste lijn. Nu strooit de overheid met miljoenen voor innovatieprogramma's zoals Horizon Europe, waar huisartsenpraktijken nauwelijks toegang toe hebben. Terwijl juist partijen als Juvoly of OurMind de kennis in huis hebben om de zorg structureel te verbeteren.'

Een ander punt van zorg is de representativiteit van trainingsdata. 'De grote techbedrijven bouwen straks lokale modellen die op hun eigen apparaten draaien', zegt Bouman. 'Maar die zijn mogelijk niet getraind op laaggeletterde Nederlanders, of mensen met een Fries accent, of patiënten die gebrekkig Engels spreken. Ook die groepen verdienen goede zorg. Voor Apple of Google zijn dat randgevallen, maar voor onze zorg is iedereen gelijk. Daarom moet de overheid investeren in publieke, inclusieve datasets.'

Regels en realiteit

De balans tussen innovatie en regelgeving is precair. 'Sommigen willen sneller dan kan', zegt Bouman. 'We hebben te maken met wetgeving, zoals de Medical Device Regulation, en dat is goed. We moeten accepteren dat een percentage van de AI-beslissingen fout kan gaan en daar open over zijn. Daar is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd voor, maar die loopt vaak achter de feiten aan.'

Ook Mark van Houdenhoven, CFO van Treant en columnist bij *Medisch Contact*, waarschuwt voor te veel haast. 'Bij nieuwe geneesmiddelen eisen we uitgebreide tests, en terecht. Maar bij AI klinkt nu vaak dat regels innovatie in de weg staan. Regels bestaan



FOTOGRAF DOUWDE BOER

Jonathan Bouman

juist om veiligheid te waarborgen. De farmaceutische industrie is niet gestopt met innoveren omdat er strikte kaders kwamen, het kan dus prima samen.' Van Houdenhoven noemt zichzelf een 'positief bezorgde' voorstander van technologie. 'AI wordt nu gepresenteerd als dé oplossing voor alles, maar we weten nog niet eens wat intelligentie precies is. Vooruitgang is mooi, maar er moeten kennis, kunde en productiviteit uit voortkomen. En die zien we nog niet terug in de cijfers.'

Zijn grootste zorg ligt bij de eigendomsstructuren achter AI. 'De technologie is vaak prachtig, maar de bedrijven erachter worden vroeg of laat overgenomen door de giganten: Microsoft, Meta, Google. Hun doel is winst, niet publieke zorg. Kijk naar de AI-diagnosetool OpenEvidence. Die is nu gratis, maar krijgt straks een abonnement én advertenties. Dat maakt het aantrekkelijk voor farmaceuten om te sturen op voorschrijfgedrag.'

Ook de digitale infrastructuur van de zorg – elektronische patiëntendossiers, data-uitwisseling – is kwets-

baar. 'Zodra zo'n systeem wordt gekocht of gehackt door derden, zijn de gevolgen enorm. Dit is cruciale infrastructuur. Willen we die wel in private handen leggen?' Van Houdenhoven wijst op een fundamentele spanning: 'De miljarden die in AI worden geïnvesteerd, moeten ooit worden terugverdiend. Die rekening komt terecht bij de gebruikers, ook bij de zorg. Maar we zien nog geen productiviteitswinst. Het aantal huisartsen stijgt nog steeds, ondanks alle technologische beloften.'

Europese samenwerking als antwoord

Toch vindt hij dat stilzitten geen optie is. 'Het gemak van AI is onweerstaanbaar. Je kunt van individuele huisartsen niet verwachten dat ze op papier blijven werken uit angst voor een overname van een spraakassistent door een buitenlandse partij. Daarom moeten zorgpartijen samenwerken, binnen Nederland én Europa. Alleen dan kunnen we een tegenwicht vormen tegen Big Tech.'

Van Houdenhoven pleit voor een Europese aanpak: 'Laten we als Europese huisartsen gezamenlijk investeren in een eigen, veilige infrastructuur, een Europees elektronisch patiëntendossier, een Europees Juvoly of OurMind. Nederland is te klein om op eigen kracht te concurreren. Alleen door samenwerking kunnen we technologische soevereiniteit behouden.' Die samenwerking vraagt volgens hem meer dan techniek alleen. 'Het gaat over eigendom, over vertrouwen, over gedeelde waarden. Dat gesprek moeten we voeren. Want Big Tech komt niet binnen met dreiging, maar met gemak. Zodra we afhankelijk zijn, kunnen we niet meer terug.'

Steur, Bouman en Van Houdenhoven delen hetzelfde uitgangspunt: AI biedt ongekende kansen om het werk van huisartsen te verbeteren, maar vraagt om bewuste keuzen. Niet alleen over technologie, maar over waarden: autonomie, veiligheid, transparantie en eigendom. Zoals Van Houdenhoven het samenvat: 'We hebben regels nodig, net zoals we die vroeger invoerden voor geneesmiddelen of auto's. Die regels hielden innovatie niet tegen, ze maakten haar veiliger. Dat moeten we nu opnieuw doen. De uitdaging ligt niet in de technologie zelf, maar in de manier waarop we die inpassen in de samenleving. Als huisartsen, als zorginstellingen, als Europa.' ■

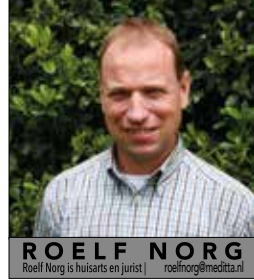
LHV-netwerk Huisarts & AI

Huisarts Karel Steur is medeorganisator van het driejaarlijkse evenement LHV-netwerk Huisarts & AI, waar huisartsen met interesse in kunstmatige intelligentie samenkomen om kennis te delen en richting te geven aan de toekomst van het vak. De volgende bijeenkomst vindt plaats op 3 februari in Utrecht. Tussentijds kunnen huisartsen zich aansluiten bij het Telegramkanaal en de nieuwsbrief van het netwerk om op de hoogte te blijven van de razendsnelle ontwikkelingen.

MARK VAN HOUDENHOVEN:

**'BIG TECH KOMT NIET
BINNEN MET DREIGING,
MAAR MET GEMAK'**

De kunstjesfabriek



ROELF NORG
Roelf Norg is huisarts en jurist | roelfnorg@meditza.nl

Een van de leuke kanten van een functie als bestuurder van een regionale huisartsenorganisatie is dat je wordt uitgenodigd om mee te denken. Maar of de mensen die je dit vragen daar nu altijd blij mee zijn... Onlangs was ik aanwezig bij een denksessie ten behoeve van de toekomstvisie van een regionaal ziekenhuis. Na achttien maanden IZA-overleggen ken ik alle gemeenplaatsen inmiddels. Arbeidsmarkt, innovatie, telemonitoring, artificial intelligence, oplopende wachttijden in zowat alles wat je in de zorg kunt verzinnen. Het gebruikelijke getouwtrek over wie de regisseur van de zorg is. Een zoveelste gedachteswisseling over meedenkconsulten dreigde te verzanden in de vraag welke applicatie hiervoor het meest geschikt zou zijn. Tijd dus om een nieuw element in de strijd te gooien. Een gedachte om te prikkelen, aan het denken te zetten en tot échte visievorming te komen. Laten we eens sterk uitzoomen. Van een grote hoogte kijken naar het zorglandschap. Een helicopterview innemen. Of – zogezegd – een traumahelicopterview, vanwaaruit we het huidige slagveld beschouwen. Wat zien we dan? We zien dat artsen aan het begin van de twintigste eeuw veel autoriteit hadden. De witte jassen waren dominant. Heel anders dan nu, waar we onze gerafelde jassen als witte vlaggen van overgave aan de mast hangen. Nee, toen had de dokter nog autoriteit. Terwijl die vrijwel niets kon. We waren als beroepsgroep de tijd van de aderlatingen net ontstegen, hier en daar snapten we de bacillen al en konden we vaccineren. Wat deden we als dokter? Geleerd kijken en vooral profiteren van de wonderen van de natuur: schoon drinkwater, goede voeding, hygiëne, kraamzorg. Instrumenten om de mens echt beter te maken hadden we weinig, kennis kwam er meer en meer.

In de loop van de tweede helft van de twintigste eeuw kregen we steeds meer kennis en vooral meer vaardigheden. Onze autoriteit nam aanvankelijk toe, maar geleidelijk aan werd de maatschappij ook meer egalitair. Meer mensen werden hoog opgeleid, de dokter viel van zijn

dogmatische voetstuk. Kennis verbreedde, autoriteit brokkelde af. In toenemende mate hing het gezag van de dokter niet meer af van wat hij (nog steeds veel hij) vond of wist, maar van wat hij kon.

In de afgelopen 25 jaar is dat sterk toegenomen. Eerst het internet met het googelen en nu de AI-mogelijkheden: mensen weten zelf wat goed voor hen is, kennis ligt voor het oprapen. Tegelijkertijd is het de vraag: wat moeten we met al die kennis als we er niets mee kunnen doen? Daarmee kwam ik aan bij de punter van de dag. ‘Volgens mij zijn meedenkconsulten een achterhaald concept.’ Die moest ik uitleggen. ‘Welnu, wat moet ik als huisarts van een specialist bij een meedenkconsult? Het betreft per definitie een patiënt die de specialist niet kent. De specialist kan dus alleen een algemeen geldend advies geven, gebaseerd op richtlijnen. Bij uitstek iets wat ik AI-dokter Aletta of haar collega’s ook kan vragen. Dus daar heb ik geen specialist of meedenkconsult voor nodig. Als de richtlijn zegt dat ik iets moet doen, sta ik voor de vraag: kan ik dat zelf? Zo ja, dan is dat zo gefixt. Zo nee, dan verwijs ik doelgericht. Niet meer voor een diagnose of een behandelplan, maar voor een trucje. Heb ik het stepped-care-protocol van artrose gevolgd, dan volgt daaruit automatisch het kunstje van de knieoperatie. Met andere woorden: nu kennis steeds gemakkelijker toegankelijk wordt, richtlijnen middels AI ook in normale taal begrijpelijk gemaakt worden, wordt het ziekenhuis meer en meer een kunstjesfabriek.’

Dit was uiteraard tegen het zere been van mijn collega uit de medisch-specialistische staf van het ziekenhuis. Wat dan wel weer handig was, was dat het een orthopeed betrof, die zichzelf kon helpen. En ook dat past bij diezelfde trend: mensen helpen meer en meer zichzelf en komen daardoor meer en meer doelgericht naar de dokter. Niet meer met een hulpvraag, maar met een doelvraag.

Inmiddels was de bijeenkomst niet gezapig meer. ■

AI IN DE SPREEKKAMER

Van beter communiceren tot eerder diagnosticeren

Kunstmatige intelligentie (AI) doet in rap tempo haar intrede in de zorg. In de huisartsenpraktijk zijn tot nu toe AI-tools die spraak naar tekst omzetten het meest populair. Wat is er nog meer mogelijk? Huisarts Wilbert van Oorschot, trainer Bregje de Boer (ROER) en voormalig huisarts/emeritus hoogleraar Niek de Wit vertellen over drie manieren waarop AI-toepassingen de zorg kunnen verbeteren.

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T.O.NL

BETER COMMUNICEREN

'Met een druk op de knop heb je een tekst op het juiste taalniveau'

Huisarts Wilbert van Oorschot probeerde al verschillende AI-tools uit, op zoek naar een manier om de werkdruk te verlagen. Hoewel dat nog niet gelukt is, blijft hij sommige toepassingen gebruiken, zoals AI-chatbots.

Welke kansen bieden AI-chatbots de huisarts?

'Om maar met de deur in huis te vallen: ik denk niet dat AI-chatbots de werkdruk voor huisartsen verlagen. Ik merk dat AI juist veel meer zorgvraag genereert, omdat patiënten ook publieke AI gebruiken

om naar diagnoses en behandelingen te zoeken voor hun symptomen. Ik krijg bijvoorbeeld steeds vaker het verzoek om een door AI gegenereerd advies voor bloedonderzoek en beeldvormende diagnostiek te accorderen. Met de patiënt hierover in gesprek gaan kost vaak extra tijd. Maakt AI me een betere dokter? Dat denk ik wel. Ik kan vooral makkelijker en duidelijker uitleggen, zodat mensen hun aandoening en de adviezen die ze krijgen, beter begrijpen.'

Hoe kan de huisarts er concreet mee aan de slag?

'Je kunt een AI-chatbot onder andere gebruiken om informatie te laten herschrijven. In de wijk waar ik



Wilbert van Oorschot

'IK DENK NIET DAT AI-CHATBOTS DE WERKDRUK VOOR HUISARTSEN VERLAGEN'

checks. Alles wat ik heb laten herschrijven sla ik op. Zo heb ik nu honderden standaardantwoorden op allerlei vragen. Dat helpt me enorm bij het uitlegen.'

Wat zijn daarbij aandachtspunten/risico's?

'In publieke AI-chatbots mag je nooit persoonlijke informatie over patiënten of uit het medisch dossier invoeren. Je mag dus ook geen brieven van specialisten of uitslagen uploaden. Wil je dit wel doen?

Gebruik dan een niet-publieke chatbot die aan alle wet- en regelgeving voldoet. Hiervoor heeft onze zorgorganisatie Zovida huisregels opgesteld en we volgen de handreiking "Gebruik AI-chatbots door zorgverleners", gepubliceerd door de Federatie Medisch Specialisten. Zelf gebruik ik de optie "tekst invoeren" in de webversie van Juvoly om medische teksten te herschrijven. Vandaag nog kreeg ik een röntgenfoto met een ingewikkel-

de toelichting. Die liet ik door het taalmodel vertalen naar B1-niveau, waarna ik de tekst in het dossier plaatste. De patiënt kan dit online lezen. Voordeel is dat ook mijn assistenten goed uit de voeten kunnen met deze tekst. Dus mocht de patiënt toch nog vragen hebben, dan is de kans groot dat de assistent deze kan beantwoorden.'

Welke mogelijkheden zie je voor de toekomst?

'Ik zou het mooi vinden als de vertaalslag meer bij de patiënt komt te liggen, zodat de huisarts er geen tijd mee kwijt is. Daarvoor ontstaan al mogelijkheden, zoals de app Ditto. Deze app kan gesprekken, documenten en behandelplannen vertalen naar de taal en het taalniveau van de patiënt. Als dit goed werkt, biedt het zeker perspectief. Want als mensen hun aandoening en de behandel mogelijkheden beter begrijpen, is "samen beslissen" makkelijker. Patiënten houden zich daardoor beter aan hun behandelplan en nemen minder vaak contact op. Dus dat kan potentieel tijd en geld besparen.'

werk heeft maar 18% van de bewoners een Nederlandse herkomst en 57% komt van buiten de EU. Communicatie in de juiste taal en op het juiste taalniveau is enorm belangrijk. Een tekst uit een richtlijn die veel vaktermen bevat, maak ik met een druk op de knop begrijpelijk voor een leek, ook in bijvoorbeeld het Pools of Oekraïens. Ik controleer het resultaat eerst zelf, vervolgens vraag ik de patiënt om uit te leggen wat er staat. Zo check ik of het klopt en of iemand het goed begrijpt. Hiernaast maak ik begrijpelijke informatie over onder andere de gezondheidszorg in Nederland, de Zorgverzekeringswet en het aanvragen van onderzoeken en gezondheids-

'IK ZOU HET MOOI VINDEN ALS DE VERTAALSLAG MEER BIJ DE PATIËNT KOMT TE LIGGEN'

'Taaie protocollen doorspitten is verleden tijd'



FOTOGRAFIE: JULET UELHAKKE

Bregje de Boer

Bregje de Boer is projectleider e-health en innovatie bij ROER. Ze traint huisartsen en praktijkmedewerkers in het gebruik van AI. AI-zoekmachines komen daarbij ook altijd aan bod, omdat deze zo eenvoudig inzetbaar zijn en veel zoek- en leestijd kunnen besparen.

Welke kansen bieden AI-zoekmachines de huisarts?

'Er zijn gespecialiseerde medische zoekmachines waarmee huisartsen veel sneller informatie vinden, gebaseerd op verschillende betrouwbare bronnen, zoals richtlijnen, online kennisbanken of wetenschappelijk onderzoek. Door deze zoekmachines in te zetten, heb je razendsnel een antwoord op je

vraag, inclusief bronvermelding. Taaie protocollen doorspitten is verleden tijd, je krijgt een pasklaar antwoord. Dit kan een telefoontje of intercollegiaal overleg schelen. En in dat kader ook heel prettig: de zoekmachine is 24/7 beschikbaar om je vraag te beantwoorden.'

Hoe kan de huisarts er concreet mee aan de slag?

'Ask Aletta is een AI-zoekmachine die alleen betrouwbare bronnen raadpleegt en het gaat om specifiek voor Nederland geverifieerde informatie. Handig is dat je kunt aangeven dat je huisarts bent, dan past Aletta de informatie daarop aan. Je krijgt niet alleen een lijst met links, maar echt een zorgvuldig geformuleerd antwoord op je vraag. Een andere gespecialiseerde zoekmachine is AskNTVG. Deze zoekt in NTVG-artikelen en kun je gratis gebruiken als je een abonnement hebt op het tijdschrift. Een meer op onderzoek gerichte zoekmachine is EvidenceHunt. Deze kun je bijvoorbeeld inzetten als je op zoek bent naar medische literatuur over een bepaald medicijn of naar het meest recente bewijs binnen een ziektegebied. Denk aan vragen als "Zijn statines bij hart- en vaatziekten kosteneffectief?" of "Kan mindfulness een burn-out voorkomen?" Het mooie van deze tools is dat ze geen technische dingen of implementatie vergen. Je kunt er direct mee aan de slag, zelfs als je niet heel digitaal vaardig bent. Het enige wat je nodig hebt is een abonnement.'

Wat zijn daarbij aandachtspunten/risico's?

Je mag geen privacygevoelige informatie invoeren. Je kunt bijvoorbeeld wel een geanonimiseerde casus voorleggen, zoals "Welke medicijnen kan ik een 38-jarige, zwangere vrouw voorschrijven tegen aandoening X". Daarnaast geven de AI-tools geen medisch advies. Ze geven alleen een samenvatting van wat ze gevonden hebben met daarbij de bronvermelding. De huisarts geeft vervolgens zelf het advies en is daar volledig verantwoordelijk voor.'

Welke mogelijkheden zie je voor de toekomst?

'Ik denk dat we nu vooral veel losse AI-tools en tech-

'HEEL PRETTIG: DE ZOEKMACHINE IS 24/7 BESCHIKBAAR OM JE VRAAG TE BEANTWOORDEN'

'IN DE TOEKOMST BEGINT DE AI-ASSISTENT TEGEN JE TE PRATEN BIJ BINNENKOMST IN DE PRAKTIJK'

nieken hebben, maar dat er een echt grote verandering plaatsvindt als we alles met elkaar kunnen verbinden. Dan zie ik voor me dat de AI-assistent tegen je begint te praten bij binnenkomst in de praktijk. Hij vertelt dat hij de post heeft bekeken en wat daarin prioriteit heeft. Vervolgens geeft hij een overzicht van de consulten die vandaag gepland staan en wat daarbij aandachtspunten zijn. Verder laat hij weten wat er veranderd is in de richtlijnen. Ook vraagt hij of hij je zal inschrijven voor die nascholing die je graag wilt volgen. Als ik zo'n toekomstbeeld schets in de training komen er verschillende reacties. Mensen zijn bang dat het werk steeds onpersoonlijker wordt, maar zijn enthousiast als ze zich realiseren dat het veel administratie uit handen kan nemen.

Want meer tijd kunnen besteden aan de complexe casussen waar je echt van meerwaarde bent, dat wil eigenlijk iedereen.'

Kennisbank AI-triage en -spraaktechnologie

ROER onderhoudt een kennisbank met een overzicht van beschikbare tools en applicaties op het gebied van AI, triage en spraaktechnologie. Hiermee wil ROER huisartsen ondersteunen bij het maken van weloverwogen keuzen die aansluiten bij de behoeften van hun praktijk.

www.roer-om.nl/kennisbank-ai

DIAGNOSTIEK

'Het wordt spannend als AI nieuwe inzichten genereert uit bestaande data'



FOTOGRAFIE UMC

Niek de Wit

Niek de Wit is voormalig huisarts en emeritus-hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het UMC Utrecht. Hij werkte mee aan recentelijk gepubliceerd onderzoek naar de inzet van AI bij het diagnosticeren van longkanker.

Welke kansen biedt AI de huisarts als het gaat om diagnostiek?

'Artificiële intelligentie kan diagnostiek efficiënter maken. Denk bijvoorbeeld aan het interpreteren van een eeg. Daar moesten huisartsen vroeger voor in training bij de cardioloog. Nu doet AI het met een grote mate van betrouwbaarheid. Ook bij het uitsluiten van een longembolie of sepsis kan AI helpen. Waar je vroeger een vragenlijst invulde om vervolgens zelf de risicoscore te berekenen, kan dit in de toekomst ook geautomatiseerd en geïntegreerd in het HIS plaatsvinden.

AI kan de zorg ook verbeteren. Uit onderzoek van

'NIEUWE MOGELIJKHEDEN VAN AI STELLEN ONS VOOR ETHISCHE DILEMMA'S'

Amsterdam en Utrecht UMC blijkt dat je met een NLP-analyse van routine zorgdata van tienduizenden patiënten een sterk verhoogd risico op longkanker al vier maanden voor de diagnose kan vaststellen. We moeten verder onderzoek doen naar hoe we dit in de praktijk kunnen gebruiken. Maar als iemand met een hoog risico eerder in beeld komt, wordt de diagnose eerder gesteld. Hierdoor kun je eerder starten met behandelen en dit kan een gunstige invloed hebben op iemands prognose.

Ik vind het echt spannend worden als AI op die manier nieuwe inzichten genereert uit bestaande data. Als je AI een voorspelling laat doen op basis van de klassieke parameters, gaat dit vooral sneller en goedkoper. Maar wat als je AI meer vrij spel geeft en ook naar andere, nieuwe verbanden laat kijken? In het onderzoek naar het vaststellen van longkanker bleek dat laatste betere resultaten te geven dan de klassieke diagnostiek van de huisarts aan de hand van alarmsymptomen. Maar het is een black box, we begrijpen nog niet precies waarop AI de uitkomst baseert. Want ook al nemen ze betekenisvolle informatie mee, zoals klachten en aandoeningen, grote taalmodellen zijn in principe gebaseerd op in onze ogen nietszeggende lettervolgordes.'

Hoe kan de huisarts er nu al concreet mee aan de slag?

'Wat je nu ziet is dat huisartsen AI vooral gebruiken voor administratieve processen, zoals spraak-naar-tekstsystemen en digitale triage. Door analyse van het afsprakenproces kan AI het aantal no shows reduceren. Mensen die in het verleden vaker niet kwamen opdagen, worden dan bijvoorbeeld de dag voor hun afspraak gebeld. Dit soort simpele toepassingen hebben meerwaarde. Daar moeten we in de zorg mee aan de slag, dat is winst. Daarnaast is het goed om na te denken over wat AI verder kan bieden, bijvoorbeeld als het gaat om voorspellende analyse. Wil je die risicoprofielen op grote schaal inbouwen in de HISsen?'

Wat zijn aandachtspunten/risico's?

'Nieuwe mogelijkheden van AI stellen ons voor ethische dilemma's en implementatievraagstukken. Stel, je hebt in de toekomst een functie in het HIS die met een druk op de knop iemands risicoscore voor diverse kankersoorten genereert, ten opzichte van het ge-

middelde risico bij leeftijdgenoten. Mag je die als huisarts zomaar gebruiken of moet je dit altijd eerst overleggen met de patiënt? Als je het mij vraagt wil ik niet dat de huisarts ineens over mijn risico op prostaatcancer begint als ik met knieklachten langskom. Want er zit ook een keerzijde aan: wat gebeurt er als van de tien mensen met een verhoogd risico er maar één echt kanker heeft? Negen personen ondergaan dan onnodig onderzoek en maken zich zorgen. Maar doe je het niet, dan ben je voor die ene altijd te laat.'

Welke mogelijkheden zie je voor de toekomst?

'Over tien of vijftien jaar krijgen huisartsen te maken met een enorme toestroom van oudere mensen met chronische ziekten. Er is uitgerekend dat in 2040 een derde van de beroepsbevolking in de zorg zou moeten werken. Dat is niet haalbaar, die zorgprofessionals hebben we niet en kunnen we echt niet allemaal uit het buitenland halen. Er bestaan al robots die je kunt inzetten in de wijkverpleging. Die dingen zien er redelijk goed uit en zijn geschikt voor basale, verzorgende handelingen. Ook in de eerste lijn zal AI administratieve taken over moeten nemen en kunnen verpleegkundigen eenvoudige klachten behandelen. Huisartsen richten zich dan vooral op de complexe patiënt, geholpen door AI. Zo zal technologie ook in de huisartsenpraktijk een steeds grotere rol spelen. Onpersoonlijk? Ja, op het persoonlijke gaan we inleveren. Dat kan bijna niet anders. Uiteindelijk denk ik dat mensen primair een goede diagnose en behandeling willen, liefst van een aardige en empathische huisarts. Maar ze verwachten bovenal dat de huisarts medisch gezien het juiste doet en daar gaat AI enorm bij helpen.' ■

'WE BEGRIJPEN NOG NIET PRECIES WAAROP AI DE UITKOMST BASEERT'



MYRTE GAY-BALMAZ
DOKTERSASSISTENTE



De denkbeeldige onze-hersenenpan-beschermende plastic saladeschaal

Soms hoor je dingen die je niet direct kunt geloven, maar die uiteindelijk toch waar blijken te zijn. Zoals dat er in elk menselijk brein enkele grammen microplastics huizen. Die krijgen we door wat we eten, we drinken het mee in ons water en ja, we ademen het zelfs in. Dat stapelt zich op tot een hoeveelheid die vergelijkbaar is met een plastic lepel. Ik weet niet zeker of ze een thee- of eetlepel bedoelen. Maar goed, alles beter dan een vork of mes, toch?

Bij mij gaan desondanks alle alarmbellen af. Wat wegen een theelepel en een eetlepel? Zijn we misschien in staat om een heel plastic bestek in ons hoofd te verzamelen? En als we dan toch aan een uitzet werken, zou het dan niet slimmer zijn om te starten met een saladeschaal? Die is potentieel multifunctioneel: mits goedgeplaatst kunnen we hem gebruiken als interne helm. Over de helm dus: ik ben namelijk, moet u weten, een groot voorstander van het verplicht dragen van een helm. Omdat ons fietsvolk vindt dat verplichte helmdracht betuttelend is, durft de politiek hierover geen beslissingen te nemen. En zolang het niet verplicht is, zien mensen ervan af. Dat heeft enorme gevolgen: het aantal fietsongelukken met blijvende hersenschade is enorm. Dit levert naast onvoorstelbaar veel persoonlijk leed ook gigantische zorgkosten op. Allereerst bij de

EHBO-posten, die overspoeld worden door (jonge) personen die zich op steeds geavanceerdere motorisch bewegende tweewielige objecten in hoog tempo voortsnellen, uiteraard (en helaas!) zonder helm.

Even een zijspoor: pas in 1975 werd de autogordel verplicht. Er hadden al heel wat neuzen de voorruit van hun auto grondig moeten inspecteren, voordat er eindelijk besloten werd er iets aan te doen. Pas bijna twintig jaar later (in 1992) werden de achter-in-zitters ook gedwongen een gordel om te doen. Kennelijk was het toen pas opgevallen dat de zwaartekracht ook de kinderen achterin met onthutsend gemak rondslingert. Mijn advies: laten we niet weer twintig jaar wachten. Om bij kinderen en jongeren zo veel mogelijk letsel te voorkomen: verbied voor iedereen het fietsen zonder helm. Gewoon op alles wat twee wielen heeft. Zo eenduidig mogelijk, zodat handhaving ervan voor de politie heel eenvoudig wordt. Daarmee voorkomen we veel leed en veel zorguitgaven.

Wij volwassenen mogen ons dan veilig wanen met die denkbeeldige plastic saladeschaal in ons hoofd, maar laten we op z'n minst onze jeugd beschermen. Waarmee? Met de helmplicht! ■

Tekst-ster@ziggo.nl

VRAGEN UIT DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

De verschillende medewerkers van de huisartsenpraktijk besteden veel aandacht aan uitleg over diagnose en beleid. Dit kan nog net als vroeger met een papieren folder ondersteund worden, maar er zijn ook vele digitale faciliteiten. Enkele tips die zowel voor e-consulten, de telefoon als de spreekkamer toepasbaar zijn. Die zijn dus door de huisarts, de praktijkondersteuner én de doktersassistent te gebruiken.

Hoe moet je wilsverklaringen bewaren?

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINENORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

Met de toenemende vergrijzing is proactieve zorg planning (PZP) steeds belangrijker. We bespreken steeds vaker de wensen van onze patiënten rond mogelijke toekomstige ziekte en toenemende zorgafhankelijkheid, en rond het levens-einde. Maar hoe leggen we dit vast?

Voor een wilsverklaring dient een patiënt zestien jaar of ouder te zijn en wilsbekwaam ter zake. Volgens de wet is het niet noodzakelijk dat de patiënt zijn wensen schriftelijk (lees: ondertekend) heeft vastgelegd. Wat mondeling besproken is moet door de huisarts in het journaal vastgelegd worden en op het moment dat het aan de orde is nogmaals met de patiënt doorgenomen en geactualiseerd worden. Wanneer de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten, kan een schriftelijke wilsverklaring de mondelinge verklaring vervangen.

De betrokkene is er zelf verantwoordelijk voor om zijn schriftelijke wilsverklaring bekend te maken bij zijn behandelaars en bijvoorbeeld bij verhuizing ook bij zijn nieuwe huisarts. De arts die de verklaring krijgt, dient deze toe te voegen aan het dossier van de patiënt.

Een schriftelijke wilsverklaring rond het (achterwege laten van) medische behandelingen moet de naam, de datum en de handtekening van de betrokkene bevatten. Een handtekening van anderen (naasten, arts, notaris) is niet noodzakelijk. Het kan, maar het is niet nodig om een schriftelijk euthanasieverzoek door een notaris te laten opmaken of om standaardformulieren te gebruiken. Het heeft de voorkeur dat de betrokkene zo duidelijk en concreet mogelijk in zijn eigen bewoordingen aangeeft waar voor hem de grenzen liggen.

Bespreek een bij u ingeleverde schriftelijke wilsverklaring altijd met de patiënt en doe verslag van dit gesprek in het dossier.

Bewaren van de wilsverklaringen

Patiëntendossiers zijn tegenwoordig digitaal. Dat brengt met zich mee dat een wilsverklaring alleen gescand aan het dossier toegevoegd kan worden. Hierbij is het aan te bevelen de originele verklaring terug te geven aan de patiënt. Deze is er immers zelf verantwoordelijk voor deze ook bekend te maken aan andere behandelaars, zoals de specialist in het ziekenhuis, en om hem mee te nemen bij verhuizing. Dit geldt voor alle medische wilsverklaringen, inclusief euthanasieverklaringen.

Dit ontslaat de huisarts overigens niet van de taak om bij een overdracht van patiëntgegevens naar een andere



zorgverlener de wilsverklaringen mee te zenden. Deze zijn immers een belangrijk onderdeel van het dossier, en het is voor de patiënt niet altijd mogelijk zijn wil te uiten, bijvoorbeeld bij acute opname in een ziekenhuis.

Soorten wilsverklaringen

Een niet-reanimerenverklaring zal per definitie op papier gezet moeten worden. Op het moment dat reanimatie aan de orde is, is de patiënt niet in staat zijn wil mondeling te uiten.

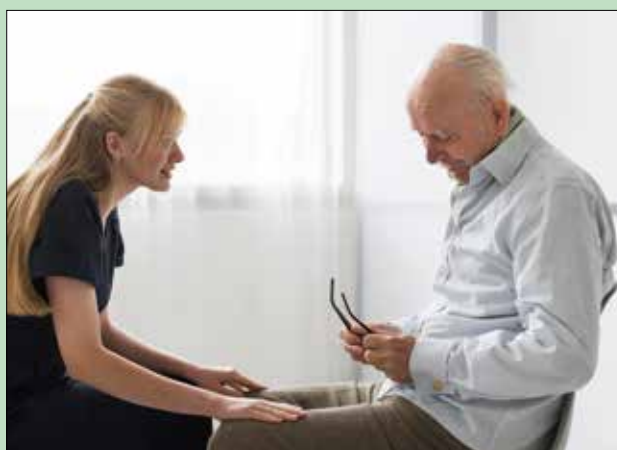
Hetzelfde geldt voor behandelgrenzen. Als de patiënt op het moment dat de keuze gemaakt moet worden tot wel of niet starten met beademing, niet meer in staat is zijn eerder mondeling aangegeven behandelgrens te bekrachtigen, helpt het als hij deze op papier heeft gezet. Hoe concreter hij hierbij mogelijke situaties beschreven heeft, hoe makkelijker de uiteindelijke beslissing genomen kan worden.

Ook een medische volmacht zal over het algemeen juist van toepassing zijn als de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten of zijn situatie voldoende te overzien.

Euthansieverklaringen

Euthansieverklaringen hebben een bijzondere status. Die helpen de arts om te voldoen aan de zorgvuldigheidseisen van een euthanasie. Juridisch geldt ook hier dat een mondeling verzoek van de patiënt volstaat, waarbij een schriftelijk verzoek soms extra duidelijkheid kan verschaffen. Wanneer de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten op het moment van de levensbeëindiging kan een schriftelijke wilsverklaring het mondelinge verzoek vervangen. Noodzakelijk is dat de patiënt de schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld toen hij nog wilsbekwaam was. Aanemelijk moet zijn dat de omstandigheden niet zodanig veranderd zijn dat de patiënt een andere mening gekregen heeft. Daarom is het belangrijk om een (euthanasie) verklaring met enige regelmaat te bekrachtigen; in ieder geval bij belangrijke veranderingen, zoals een nieuwe diagnose of een ander life-event.

De euthansieverklaring moet zoals gezegd gescand aan



het dossier van de patiënt toegevoegd worden. De originele verklaring kan vernietigd of aan de patiënt teruggegeven worden.

Bij daadwerkelijke uitvoering van euthanasie moet de gescande verklaring ook gevoegd worden bij het Modelverslag van de behandelend arts voor de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE). Het verslag aan de toetsingscommissie maakt géén onderdeel uit van het patiëntendossier, maar dient ter toetsing van het handelen van de arts. Het kan door de arts in een apart mapje bewaard worden tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' van de RTE ontvangen is. Daarna heeft de arts feitelijk geen juridische grondslag meer om deze gegevens van de inmiddels overleden patiënt nog in te zien of te bewaren. Ook de brief met het oordeel van de RTE bevat bijzondere persoonsgegevens van de patiënt die onder de AVG vallen. Het valt dus aan te bevelen deze brief na lezing te vernietigen (of zelfs niet te downloaden vanuit de Zilver-omgeving). Waak er in ieder geval voor dat het modelverslag en de oordeelbrief niet in een onbeveiligde mailbox of op een harde schijf blijven staan, of geprint in een lade liggen.

Het medisch dossier inclusief de wilsverklaringen dient na overlijden van de patiënt wel nog twintig jaar (digitaal) bewaard te worden. De RTE bewaart hun dossiers met de verslagen en oordelen nog vijftien jaar. ■

Hebt u ook een vraag die u graag door de redactie van SynthesHis beantwoord ziet worden?

Stuur een mail naar secretariaat@nedhis.nl!

Geraadpleegde bronnen

<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/zelfbeschikking/wilsverklaring>

<https://tijdig-praten-over-het-levenseinde.maglr.com/knmg-tijdig-praten-over-het-levenseinde/wat-doet-u-met-de-schriftelijke-wilsverklaring-van-een-patient>

<https://www.euthanasiecommissie.nl/toetsingsprocedure/procedure-in-tekst>

De passies van Jesper van Deelen

Elk afzonderlijk HIS kent een gebruikersvereniging. Wat doet zo'n vereniging, wie draaien er aan de knoppen en wat is hun drijfveer? Tijd voor een rondgang. In het vorige nummer beet Valentijn Deijns, voorzitter van Orego, vereniging van MicroHIS-gebruikers de spits af. Ditmaal is Jesper van Deelen, huisarts in Hellevoetsluis en voorzitter van gebruikersvereniging CGM, aan de beurt. 'Het HIS moet de gebruikers optimaal ondersteunen. Daar wil ik me voor inzetten.'

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

In 2018 ben je lid geworden van de softwarecommissie van CGM HUISARTS, twee jaar later werd je ook bestuurslid bij de gebruikersvereniging van CGM en sinds begin 2024 functioneer je als voorzitter. Je drive?

Jesper van Deelen: 'Ik heb die taken op me genomen omdat ik het systeem waarmee we dagelijks werken wilde verbeteren. Toen René van Leeuwen aangaf dat hij wilde stoppen, heb ik zijn taak overgenomen.'

Dat klinkt als een simpel, rationeel besluit. Heb je nooit gedacht: o jee, nog meer taken erbij?

'Tja, tijd is een schaars goed, dat blijft een spanningsveld. Maar als je, zoals ik, het echt leuk vindt om bij te dragen aan de verbetering van het softwaresysteem, lukt het je ook om tijd te maken.'

Over hoeveel tijd praten we?

'Moeilijk te zeggen, ik houd dat niet echt bij, maar ik denk dat je makkelijk aan vier uur per week komt, wellicht meer. De vergaderingen zijn altijd in de avonduren, de andere taken zijn meestal overdag. Ik ben drieënhalve dag bezig met mijn patiëntencontact

en dan heb ik één dag tijd voor andere dingen, zoals CGM, maar ook sport.'

Voetballen en hardlopen, las ik.

'Met voetballen ben ik gestopt. Ik word wat ouder en dan is het beoefenen van een contactsport minder raadzaam. Hardlopen doe ik nog volop.'

Maar de marathon zit er niet in?

'Jawel hoor! Ik loop er twee tot drie per jaar. En dan geen halve maar een hele marathon.'

Chapeau! Terug naar de inhoud: hoe ziet je takenpakket eruit?

'Het belangrijkste is natuurlijk dat je de vergaderingen voorziet en voorbereid. Dat betreft bestuursvergaderingen, maar ook jaar- en ledenvergaderingen. En dan kennen we nog NedHIS, de koepel van HIS-gebruikersverenigingen en het jaarlijkse NedHIS-congres. De voorbereidingen voor dat congres heb ik gedelegeerd aan een medebestuurslid, omdat het toch de nodige tijd vergt.'



Jesper van Deelen

Jullie bestuur bestaat uit twee mannen en drie vrouwen. Dat doen andere gebruikersverenigingen jullie niet na. Is dat toeval of beleid?

‘Voormalig bestuurslid René van Leeuwen moeten we niet vergeten. Hij fungeert nog altijd als onze vraagbaak en adviseur, onze steun en toeverlaat voor wat betreft de dingen die in het verleden hebben gespeeld. Afgezien daarvan is de samenstelling van ons bestuur inderdaad wel uitzonderlijk, maar dat is toeval. Het NedHIS-congres is altijd een mooie netwerkplek, want daar loop je als je goed oplet geschikte kandidaten tegen het lijf. Rita Heijdra en Judith Zuijderhoudt heb ik op die manier voor de softwarecom-

missie weten te enthousiasmeren. Het is en blijft lastig, er zijn maar weinig artsen die dit soort taken erbij willen doen.’

Wat heeft jullie gebruikersvereniging de afgelopen jaren bereikt?

‘Poeh ... dat is soms moeilijk uit te leggen. We hebben ons hard gemaakt om het pakket te vernieuwen, zodat het scherm waarin we werken er beter uitziet en niet langer zo'n oud, stoffig gevoel geeft. Dat geldt ook voor de agenda die nu beter en makkelijker werkt.’

**‘LANDELIJKE PROJECTEN VERGEN VEEL
ONTWIKKELINGSCAPACITEIT, WAARDOOR
WENSEN VAN PRAKTIJKHOUDERS SOMS
TIJDELIJK WORDEN GEPARKEERD’**

'SOFTWAREBOUWERS HEBBEN MIJNS INZIENS LAST VAN LEGACY, SOFTWARE DIE VOORTBORDUURT OP EEN EENMAAL INGESLAGEN PAD'

Applaudisseren de gebruikers, of valt dat tegen?

'Helaas, dat valt tegen. Het gaat ze in de regel niet snel genoeg. Het is met alle regelgeving natuurlijk ook lastig om zo'n systeem snel up to date te krijgen, maar er komen wel mooie dingen aan. Ik denk dan aan integratie met AI, waardoor het consult automatisch in een SOEP-verslagtekst wordt omgezet.'

Je doelt op Juvoly, de tool van Maarten Timmers?

'Klopt. Ik werk daar zelf ook mee en tot volle tevredenheid. Het wachten is nu op volledige integratie in het systeem. Voorlopig moeten we nog even kopiëren en plakken, maar binnenkort wordt het een kwestie van één druk op de knop en het verslag staat in je systeem. Dat betekent niet alleen tijdwinst, maar ook en vooral een fijner contact met de patiënt. Je kunt je volledig op het gesprek concentreren zonder dat je voortdurend afgeleid bent en denkt: wat moet ik opschrijven? Het systeem zorgt voor een keurige registratie, die jij alleen nog maar hoeft te controleren.'

Wanneer is het knippen en plakken verleden tijd?

'We hoopten dat het voor deze zomervakantie zou lukken. De laatste berichten spreken over dit najaar. Maar hoe dan ook, het zit eraan te komen.'

Zijn je collega's ook enthousiast over Juvoly?

'Sommigen gebruiken het, anderen niet. Het knip-en-plakwerk is toch een belemmerende factor. Ik verwacht dat het veel meer gebruikt wordt als de integratie een feit is.'

Jullie zijn een gebruikersvereniging. Hoe achterhalen jullie welke wensen er op het gebied van software bij de gebruikers leven?

'We houden lijsten bij van vragen die ons via allerlei kanalen bereiken. In de softwarecommissie worden die items besproken en geordend. Elk kwartaal hebben we een bespreking met de mensen die bij CGM de software bouwen. Bij die gelegenheid kijken we wat er mogelijk is, op welke termijn en hoe het ervoor staat met lopende ontwikkelingen. Wij proberen daar invloed op uit te oefenen, we laten zien hoe de verlanglijst van onze gebruikers eruitziet.'

Dat resulteert in een waslijst van verlangens, maar niet alles kan. En dan?

'We filteren op wensen die veel geuit worden. We kijken ook hoeveel gebruikersgemak het oplevert en voor wie. Als er een beveiligingsprobleem is, staat dat natuurlijk met stip bovenaan, daarvoor moet alles wijken. De eerlijkheid gebied me wel te zeggen dat wij als gebruikersvereniging wat meer ontwikkelingssnelheid wenselijk achten.'

Waar wringt de schoen?

'Softwarebouwers hebben mijns inziens last van legacy, software die voortborduurde op een eenmaal ingeslagen pad.'

Ik beluister teleurstelling.

'Haha, dat klopt wel een beetje. Het is tijdrovend en kostbaar om over te stappen op iets nieuws, maar wij laten het er niet bij zitten en blijven duwen en porren.'

Een algemeen probleem bij alle gebruikersverenigingen is de geringe bekendheid. Gebruikers weten vaak niet waarvoor ze bij jullie kunnen aankloppen. Herkenbaar?

'Gedeeltelijk. We kennen wel een grote appgroep, daar worden veel vragen gesteld die wij kunnen beantwoorden. Vragen stellen kan ook via het secretariaat. Gebruikers kunnen mij altijd bellen, ik ben goed bereikbaar. Verder hebben we een website en maken we ons bekend op het NedHIS-congres. We proberen ook met HAweb de discussie aan te zwengelen, maar dat loopt nog niet soepel. Ik denk dat de meeste artsen gewoon een goed werkend systeem willen en weinig behoefte voelen om zich daar verder actief mee te bemoeien.'

Als zich problemen voordoen trekken ze aan de bel, maar verder geloven ze het wel?

'Ja, het systeem moet gewoon goed werken, net zoals bij de grote Amerikaanse softwarebedrijven het geval is. De werkelijkheid is soms weerbarstig; het is voor een kleiner bedrijf gewoon lastiger om alle ontwikkelingen bij te houden.'

Rita Heijdra



Waar doel je op?

‘Ik doel op de grote, landelijke dossiers: hoe kunnen systemen optimaal met elkaar communiceren? Hoe zorgen we dat de dossieroverdrachten naadloos verlopen? Hoe doen we dat in de toekomst, als er steeds meer data beschikbaar komen? Hoe zorg je dat dit alles gerealiseerd wordt, terwijl tegelijkertijd het gebruikersgemak verbetert? Dat is een enorm spanningsveld: voor de gebruiker staat het gebruikersgemak voorop, maar vanuit de politiek worden er ook eisen gesteld. Landelijke projecten vergen veel ontwikkelingscapaciteit, waardoor wensen van praktijkhouders soms tijdelijk worden geparkeerd.’

Wat is momenteel het meest lastige dossier?

‘In mijn optiek is dat de Europese communicatie – medische data die ook in Europees verband beschikbaar zijn. Dat is toekomstmuziek, maar het moet wel geregeld worden.’

Een wens voor de toekomst?

‘Realisatie van een systeem dat feilloos en zonder vertraging werkt, en in de pas loopt met recente ontwikkelingen. Kortom: een up to date en klantvriendelijk systeem.’

Gaat dat lukken?

‘Als ik niet zou denken dat ik kan bijdragen aan die ontwikkeling, zou ik stoppen als voorzitter van de gebruikersvereniging. Dus ja, we gaan ervoor.’ ■

‘IK VERWACHT DAT AI-TOOL JUVOLY VEEL MEER WORDT GEBRUIKT ALS DE INTEGRATIE EENMAAL EEN FEIT IS’

Rita Heijdra, huisarts in Hoek van Holland, is voorzitter van de softwarecommissie CGM en bestuurslid bij de gebruikersvereniging: ‘De softwarecommissie vormt de schakel tussen de HIS-gebruikers en de softwareontwikkelaars. Wij zien erop toe dat er zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen van onze gebruikers. Met de ontwikkelaars vergaderen we ongeveer vier keer per jaar, dat gebeurt digitaal. Eén keer per jaar hebben we een *quality of life*-dag. Dan gaan wij, leden van de softwarecommissie, naar CGM in Limburg om ter plekke eenvoudige gebruikerswensen te realiseren en in te bouwen in het HIS. Het leuke is dat je dan ziet hoe zoiets wordt aangepakt. Zo krijgen wij een realistisch beeld van de dagelijkse gang van zaken.’

Op zo’n dag zijn er naast de leden van de softwarecommissie drie of vier ontwikkelaars aanwezig, een productmanager die hen controleert, plus een tester die nagaat of alles naar behoren werkt en of er geen hinderlijke interacties met andere functies van het systeem ontstaan. Het is voor ons een lange dag, maar uiterst leerzaam. Het is ook fijn om de ontwikkelaars in levende lijve te ontmoeten in plaats van altijd maar digitaal.

Ik weet dat gebruikers nogal eens ontevreden zijn over de supportafdeling, dat herken ik. Toch merk ik dat CGM de laatste jaren grote stappen heeft gezet om hierin verandering te brengen. We zijn nu bezig om de wensen die bij de supportafdeling binnenkomen via ons te laten lopen, zodat wij er eerst naar kunnen kijken. Dat is nuttig, want sommige wensen zijn helemaal niet nieuw en andere zijn soms niet wenselijk, omdat andere gebruikers daarvan hinder ondervinden. De wensen die wij uiteindelijk inbrengen worden door ons geprioriteerd en dan gaan de ontwikkelaars ermee aan de slag.

In het begin heb ik gemerkt dat CGM onze wensen soms niet begreep, omdat ze dachten dat het al geregeld was. Vaak was er dan inderdaad iets geregeld, waarbij je vele malen moest klikken: totaal niet gebruiksvriendelijk. Developers werken in de praktijk niet met het systeem, maar inmiddels beseffen ze dat onze wensen doordacht en reëel zijn.

Als voorzitter van de softwarecommissie ben je op de hoogte van nieuwe en toekomstige ontwikkelingen, dat is ook voor mij als huisarts prettig. Ik vind het fijn dat ik kan meewerken aan het verbeteren en gebruiksvriendelijker maken van een systeem waar zoveel collega’s mee werken en van afhankelijk zijn. Ik hoop dat we nog veel mooie dingen kunnen realiseren, maar ik heb wel gemerkt dat wij soms meer willen dan op dit moment technisch mogelijk is. Daar denken we soms wat al te makkelijk over.’

Digitaal vaardig in de huisartsenpraktijk

Digitale vaardigheid is en blijft een belangrijk onderwerp. Drie experts geven – elk vanuit hun eigen perspectief – hun visie op dit thema en het belang ervan voor de huisartsenpraktijk.

PETRA DE JONG
PETRA@BUREAU-P.NL

SUZANNE VERHEIJDEN

Programmamanager Digivaardig in de zorg

Suzanne Verheijden: ‘Digitale vaardigheid is wat mij betreft net zo’n belangrijke vaardigheid als medische kennis of verpleegkundige handelingen.’

Suzanne Verheijden is sinds 2019 programmamanager van Digivaardig in de zorg. Ze ziet dat het thema digitale vaardigheid nog steeds onderschat wordt, terwijl het juist van groot belang is, omdat de wereld digitaliseert – en dus ook het werk in de zorg. ‘Het betekent niet alleen dat je in de huisartsenpraktijk met een groeiend aantal digitale applicaties moet gaan werken, maar ook dat je die applicaties moet kunnen uitleggen aan je patiënten die er steeds meer mee te maken krijgen.’

Zelfscan

Digivaardig in de zorg definieert digitale vaardigheid als ‘alle vaardigheden die nodig zijn om digitale technologie te benutten om de kwaliteit van de zorg te vergroten en efficiënter, makkelijker, veilig en transparant te werken’. Het gaat daarbij om de basisvaardigheden, benadrukt Suzanne, je hoeft echt niet meteen AI-expert te zijn. Wil je weten wat je minimaal moet kunnen? Doe dan de zelfscan op [Digivaardiginzorg.nl](https://digivaardiginzorg.nl) om jezelf te beoordelen op vier hoofdthema’s:

- algemene digitale vaardigheden: van sneltoetsen tot het opslaan en

delen van bestanden;

- gebruik van het HIS: van het in- of uitschrijven van patiënten tot het verwerken van een e-consult;
- gebruik van programma’s en applicaties: van MS 365 en Google Docs tot beeldbellen en communiceren via het patiëntenportaal;
- veilig omgaan met het internet: van schermvergrendeling tot veilige wachtwoorden en het herkennen van een datalek.

Acceptatie

De weg naar digitale vaardigheid begint volgens Suzanne bij acceptatie. ‘Vecht niet tegen verandering, maar vóór verbetering. Accepteer dat digitalisering een belangrijk onderdeel is van je werk dat nooit meer weggaat. Als je nog niet zo zelfverzekerd en vaardig voelt, is het belangrijk om jezelf daar de tijd voor te gunnen en die tijd ook in te plannen. Kijk ook wat wordt aangeboden in je zorggroep, vraag iemand om hulp of kijk mee op het scherm van je collega. Hoe kan dit sneller, beter, efficiënter? Durf die vragen ook te stellen.’

Onnodige ingewikkelde applicaties

Sommige huisartsen vinden het wel erg ingewikkeld worden en daar is ze het deels mee eens. ‘We hebben in de zorg te maken met draken van applica-



ties, ze zijn onnodig ingewikkeld en niet intuïtief. Ik vind het dus logisch dat het aantal “digitale starters” groeit. Daar besteden wij met het programma ook aandacht aan, maar dan nog zie je dat de starter – zelfs in makkelijke applicaties – meer moeite heeft met die applicaties dan de gevorderde medewerker. Dus er is nog steeds werk aan de winkel. We gebruiken bewust het woord “digitale starter”, want “digi-beet” is een oordeelwoord en “digitale starter” biedt nog toekomstperspectief.’

Kritisch blijven

Suzanne raadt nadrukkelijk aan om te kiezen voor technologie die ook echt iets oplost voor je praktijk. ‘Denk aan spraakherkenningsapplicaties waarmee je gesprek met de patiënt gecodeerd in het HIS terecht komt. Je kunt de patiënt dan aan blijven kijken of onderzoek doen, je hoeft niet zelf te typen. Juist als je kritische keuzen maakt en als je digitale vaardighe-

'ACCEPTTEER DAT DIGITALISERING EEN BELANGRIJK ONDERDEEL IS VAN JE WERK DAT NOOIT MEER WEGGAAT'

den bijhoudt, houd je tijd over voor de kern van je beroep. Ook denk ik dat je soms betere zorg kunt leveren op afstand. Een hartpatiënt voelt zich tien keer veiliger als hij een slimme pleister heeft waarmee zijn hartfunctie continu gemonitord wordt in het ziekenhuis. Wordt het ritme verstoord, dan wordt automatisch een ambulance gebeld of contact opgenomen.'

Elkaar helpen zonder oordeel

Tot slot stelt Suzanne dat het voor digicoaches van belang is om zich uit te spreken 'Ik zie dat doktersassistenten, als ze digicoach zijn, het vaak spannend vinden om ongevraagd feedback

te geven aan huisartsen. Maar iedereen wordt blij als je tijd bespaart. Dus mijn oproep is: help elkaar als collega's zonder oordelen, heb begrip en empathie en wees niet bang om feedback te geven als je denkt dat iets slimmer kan.'

TIPS

Hoeveel tijd kun je besparen door te digitaliseren? Bereken het voor jouw praktijk via www.digivaardiginzorg.nl/tijd-winstonderzoek-digitale-vaardigheden-in-de-zorg/.

De Diva-spelshow: leuke activiteiten die je in 5 of 10 minuten met collega's kunt doen om je digitale skills te vergroten. Download de materialen via www.digivaardiginzorg.nl/diva-spelshow/

Zie voor meer informatie over digicoaches ook de tekst over Cheryl Veldkamp of kijk op www.digivaardiginzorg.nl/minder-geleurd-met-ambassadeur/.

Digital wellbeing@work van Rijn Vogelaar: een boek over het behouden van balans in het digitale tijdperk

CHERYL VELDKAMP

Praktijkmanager, digicoach en programmacoördinator regio-organisatie

Cheryl Veldkamp: 'Je moet investeren in je digitale vaardigheid, om later de vruchten ervan te kunnen plukken.'

Cheryl Veldkamp is twee dagen per week praktijkmanager en digicoach bij een praktijk in Amersfoort. Daarnaast werkt ze twee dagen per week bij regio-organisatie Eemland als programmacoördinator. Ze volgde vijf jaar geleden de opleiding tot digicoach. 'Tijdens die opleiding leer je vooral hoe je omgaat met anderen die wat minder digitaal vaardig zijn – en hoe je dat samen tot een hoger niveau kunt brengen. Ik heb destijds alle collega's een vragenlijst in laten vullen over hun eigen digitale vaardigheden en dat heb ik met hen besproken. Waar loop je tegenaan, waar heb je meer uitleg nodig? Dat kan gaan om een e-mailbijlage versturen tot een datalek melden en alles wat daartussenin zit. Daarnaast ben je als digicoach aanjager van digitale ver-

anderingen, zoals een overstap naar Microsoft 365.'

Omgaan met personeelstekort

'Ik denk dat het door het personeelstekort heel belangrijk is dat je zaken aanpast in je praktijkvoering. Dat gaat toch wel heel vaak om digitalisering. Zo kun je, ondanks dat personeelstekort, toch goede zorg blijven leveren. Daarnaast wil je voorkomen dat je goede assistenten bij je weggaan, omdat ze het te druk hebben bij jouw praktijk. Het invoeren van digitalisering kan in het begin misschien wat ingewikkeld zijn, maar als je op de langere termijn kijkt wat het je oplevert – minder telefoontjes, meer digitale instroom –, dan is dat de moeite waard.'

Cheryl geeft via de regio-organisatie bijvoorbeeld ook trainingen over manieren waarop een praktijk het patiëntenportaal efficiënter kan inrichten, zodat het ook echt iets oplevert voor de praktijk.



Behoeft van de patiënt

Cheryl ziet dat patiënten zelf ook behoefte hebben aan digitale opties. 'Soms is het superfijn om een afspraak gewoon via de app in te kunnen plannen en zelf even te kijken wanneer het lukt in je agenda, in plaats van te moeten bellen met een assistent. Patiënten worden ook zelfredzamer. Ze leren dat ze zelf bloedsuikerslagen kunnen inzien en een berichtje kunnen sturen als ze het niet snappen.'

Omarm digitale middelen

De ouderwetse huisarts? 'Dat zit er toch nooit meer in', stelt Cheryl. 'Ik denk dat je vooral moet zorgen dat je

'ALS DIGICOACH BEN JE AANJAGER VAN DIGITALE VERANDERINGEN'

de juiste zorg, op de juiste plek door de juiste zorgverlener aanbiedt en dat je daardoor best veel dingen digitaal kunt afvangen. Hierdoor houdt je ruim-

te op het spreekuur om de patiënten in te kunnen plannen die fysiek gezien moeten zijn. Omarm daarom de middelen die er zijn, zie het niet als een

bedreiging, maar als een aanvulling op je werk waardoor je je werk leuk kunt blijven houden.'

JOLANDA VAN TIL

Docent Deltion College

Jolanda van Til: 'Ons doel is om professionals op te leiden in de context van zorg en welzijn, zodat zij klaar zijn om de zorg van de toekomst goed neer te zetten.'

Jolanda van Til is practor van het practoraat Gezondheid & Technologie van het Deltion College in Zwolle en één dag per week verbonden aan het lectoraat ICT-Innovaties in de Zorg van Windesheim. Daarnaast is ze landelijk trekker van de werkgroep Onderwijs van de coalitie Digivaardig in de zorg.

Toekomstbestendige praktijk

'Ik denk dat digitale aspecten steeds meer een rol gaan spelen om je werk in een huisartsenpraktijk in de toekomst te kunnen doen. Je moet vaardig met je computer en al die softwareprogramma's kunnen omgaan. Je moet weten wat wel en niet kan.'

Een kritische houding is noodzakelijk en Jolanda verwijst daarbij naar Digi-zo.nu en de Kennisbank Digitale zorg, waar je informatie kunt vinden die helpt bij het implementeren van toepassingen. 'Die doen veel onderzoek naar de toegevoegde waarde van bepaalde toepassingen. Als je voor een toepassing kiest: houd het dan klein, zorg dat je het goed regelt en dat je je assistenten ook faciliteert om er goed mee te kunnen werken.'

Keuzemodule doktersassistent als digicoach

Het Deltion College heeft besloten een keuzemodule 'Doktersassistent als digicoach' voor derdejaars studenten toe te voegen aan hun opleiding tot doktersassistent. 'In deze module gaan we kijken naar de digitale en technologische competenties die je als student nodig hebt om met dit thema aan de slag te gaan. Studenten leren bijvoorbeeld inschatten waarom een vernieuwing stagneert bij een collega – is het angst of te weinig kennis? Het leuke van deze module is dat we de veranderingkundige aspecten, die normaal niet in het curriculum zitten, nu wel mee kunnen geven aan studenten. We hopen daarmee studenten op te leiden die digitalisering in de praktijk omarmen.'

Studenten inzetten voor digitale vraagstukken

Jolanda wijst op de mogelijkheid om studenten in te zetten voor projecten op het gebied van digitalisering. 'Een paar jaar geleden hebben we bijvoorbeeld een klein project gedaan met een praktijk die ervoor wilde zorgen dat hun patiënten zo veel mogelijk via het portaal zouden binnenkomen. Ze vonden dat zelf lastig en hadden er ook geen tijd voor. We hebben toen een aantal weken lang studenten in de



wachtkamer gezet om patiënten te helpen om in de online omgeving te komen.'

Verbinding onderwijs en praktijk

Het zou volgens Jolanda mooi zijn als er een wisselwerking ontstaat tussen opleiders en zorgverleners. 'Ik denk dat wij als opleider de taak hebben om studenten af te leveren die digitaal vaardig zijn en die daarmee aan de slag kunnen. Ik ben daarom erg blij met onze nieuwe keuzemodule "Doktersassistent als digicoach". En hoe tof zou het zijn als een huisarts in die lessen even 20 minuten via Teams in zou willen vliegen om te vertellen wat hij of zij doet en wat in de praktijk speelt op het gebied van digitalisering? Als de zorgverlener zich verantwoordelijk voelt om ervaringen te delen met opleiders en studenten? Dat is de verbinding die ik nu hoop te maken.' ■

'WIJ ALS OPLEIDER HEBBEN DE TAAK OM STUDENTEN AF TE LEVEREN DIE DIGITAAL VAARDIG ZIJN'

KETTINGEN MET EEN QR-CODE



Essentiële patiëntinformatie op sieraad kan levens redden in noodsituaties

Patricia van der Laan heeft naast haar werk als doktersassistent in de huisartsenzorg ook altijd al een passie gehad voor sieraden en heeft vijf jaar geleden een sieradenlijn opgezet. In haar tijd op de HAP is ze vaak tegen lastige situaties aangelopen in de communicatie met buitenlandse patiënten over hun medische situatie. Ze bedacht toen een oplossing in de vorm van BeSafeCharms, een sieradenlijn die essentiële patiëntinformatie ontsluit via een QR-code.

PETRA DE JONG
PETRA@BUREAU-PNL

Patricia van der Laan uit Middelharnis werkte ooit in de drogisterijbranche en ging daarna aan de slag als doktersassistent. Ze vond de spoedzorg nog net wat interessanter en werkte vervolgens zeven jaar bij een huisartsenspoedpost (HAP). Omdat de nachtdiensten haar opbraken, werkt ze nu inmiddels weer op een huisartsenpraktijk. De huisartsenpost waar Patricia voor-

heen werkte, is vlak bij het Zuid-Hollandse Oud-dorp. In de zomer komen hier veel Duitse badgasten en als die op de huisartsenpost langskwamen voor een spoedsituatie, konden zij en haar collega's hier soms moeilijk mee communiceren. 'We wisten niet wie deze mensen waren, wat voor aandoeningen ze hadden, dat was gewoon heel lastig. De laatste jaren zijn hier ook boten met vluchtelingen aangekomen. Zij hadden nog geen bsn en konden ons vaak moeilijk vertellen wat er aan de hand was. Wat voor medicijnen gebruikt u, bent u bekend met diabetes of hart- en vaatziekten?' Dat soort informatie wilde Patricia weten, maar zij en haar collega's kwamen daar vaak niet uit.

'Er bestonden natuurlijk reanimatiekettinkjes en daar kan je tegenwoordig ook "epilepsie" op laten zetten', vertelt Patricia. 'Maar op zo'n ketting heb je dan alleen maar de woorden "niet reanimeren" of "epilepsie" en je naam erop gegraveerd. Dat vond ik te beperkt, ik wilde meer informatie kwijt kunnen. Die informatie zou je eigenlijk moeten kunnen scannen via een sieraad, dacht ik toen.'

Patricia startte begin 2025 samen met haar dochter sieradenlijn BeSafeCharms. Deze lijn bestaat uit kettingen en armbanden waarmee je als hulp-

HET TEMPLATE IS GOED LEESBAAR VOOR BIJVOORBEELD EEN AMBULANCEZORG- PROFESSIONAL



Patricia van der Laan

verlener in een noodsituatie snel patiëntinformatie kunt inzien door een QR-code te scannen. De sieraden zijn door iedereen te gebruiken – van sporters tot diabetespatiënten, van kinderen met een voedselallergie tot ouderen met dementie.

Hoe werkt het sieraad?

In de marketing van haar ‘gewone’ sieradenlijn werkte Patricia al met QR-codes en ze wist daardoor hoe ze die codes moest aanmaken. Ze werkte vervolgens samen met iemand die het technisch mogelijk maakte om via de QR-code door de gebruiker ingevoerde patiëntinformatie beschikbaar te maken. Dit werkt heel makkelijk, aldus Patricia. Je krijgt je sieraad en daar staat een unieke QR-code op. Die code scan je met je telefoon en de eerste keer log je in met een wachtwoord dat je van ons ontvangt via een brief en daarna maak je je eigen wachtwoord aan. Dat wachtwoord vul je in en dan kom je in een leeg template en daar vul je je persoonlijke en medische informatie in. Je drukt op “Opslaan” en dan staat het er in. Als je dan nog een keer scant, kun je de ingevulde informatie gelijk zien. Onderaan staat “Vul je wachtwoord in” en dan kun je de informatie zelf weer aanpassen.’

Om welke informatie gaat het?

Het template is volgens Patricia zo ingericht dat het goed en makkelijk leesbaar is voor bijvoorbeeld een ambulancezorgprofessional, een medewerker op de huisartsenpost of een toevallige voorbijganger. ‘Naast je persoonsgegevens en noodcontacten, kun je aandoeningen, allergieën en medicaties invoeren. Zo kun je aangeven of je te maken hebt met diabetes, epilepsie, dementie, ziekte van Addison, enzovoort. Maar ook als je bijvoorbeeld een spraakbeperking

HET SIERAAD IS NIET GEKOPPELD AAN HET PATIËNTENDOSSIER BIJ DE HUISARTS

hebt nadat je een CVA hebt gehad. Je kunt het allemaal zelf aangeven, samen met eventuele medicatie die je gebruikt. Verder is er een ja/nee-vakje voor reanimatie en kun je aangeven of je donor bent en welke bloedgroep je hebt. De informatie die je deelt, bepaal je als gebruiker helemaal zelf, en dat geldt ook voor het wat meer of minder zichtbaar dragen van het sieraad.'

'Vroeger had je SOS-armbanden met een papiertje erin of droegen mensen papieren dossiers met zich mee. Dit is een actuele, betere én leukere manier. Ik denk dat het goed is om dit meer onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld ook via praktijkondersteuners die veel te maken hebben met diabetespatiënten. Op het moment dat deze patiënten een hypo krijgen, kunnen ze via zo'n sieraad essentiële informatie doorgeven aan hulpverleners. Meer aandacht hiervoor is ook goed voor de herkenbaarheid, want nu herkent nog niet iedereen het als een sieraad met patiëntinformatie

*Eefke Krutwagen,
huisarts Oude-Tonge*



BeSafeCharms

U heeft een tag gescand. Hieronder vindt u de bijbehorende gegevens:

Persoonlijke gegevens

Naam: Patricia van der laan
Geboortedatum: 15-10-1983
Geslacht: V
BSN: 000001
Nationaliteit: Nederlands

Medische Informatie

Chronische Aandoeningen / Medische Voorgeschiedenis:
Geen medische voor geschiedenis

Noodprotocol / Actieplan
Geen bijzonderheden

Medicatie
Geen chronische medicatie

Allergieën
Morfine achtige

Kritieke Medische Informatie

Bekende operaties en medische ingrepen
Geen medische ingrepen

Reanimatiebeleid: Ja
Donor: Nee
Bloedgroep: O negatief
Beperkingen:
Geen beperkingen

ICE (In Case of Emergency) Contact

ICE Contactpersoon:
Justin Prinsen

Een voorbeeld van een template dat ingevuld kan worden

'DE INFORMATIE DIE JE DEELT, BEPAAL JE ALS GEBRUIKER HELEMAAL ZELF'

Hoe zit het met de AVG?

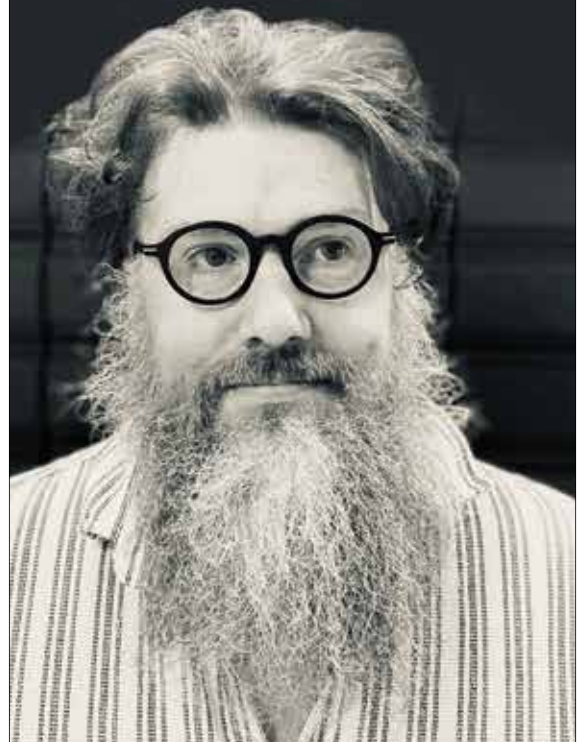
Gebruikers van het sieraad bepalen volledig zelf wat ze delen via hun QR-code en beheren zelf hun informatie. Niets wordt centraal opgeslagen, er vindt geen gegevensverwerking door derden plaats en hierdoor is er ook geen sprake van AVG-kwesties. Het sieraad is dus ook niet gekoppeld aan het patiëntendossier bij de huisarts. "Dat zou heel mooi zijn, maar daar zitten heel veel wettelijke haken en ogen aan en daarom hebben we dat op dit moment op deze manier gedaan. Mochten er nu huisartsen zijn die denken: daar kunnen we wél een weg in vinden, dan hoor ik het graag, want het product zou dan natuurlijk nóg beter kunnen worden." ■

Er bestaan in Nederland aanbieders van vergelijkbare producten met een QR-code om patiëntinformatie te ontsluiten. Zij bieden hun sieraden, net als BeSafeCharms, aan in combinatie met een abonnementsaccount voor het beheer van de gegevens. BeSafeCharms onderscheidt zich doordat het product heel laagdrempelig en breed inzetbaar wordt aangeboden: geschikt voor kinderen, sporters, reizigers, ouderen en zelfs vluchtelingen. De gebruiker houdt altijd zelf de regie over welke gegevens zichtbaar zijn. Hebt u vragen over de producten en de werking ervan, wilt u meedenken over de toepassing of informatiemateriaal voor in uw praktijk? Neem dan contact op via info@besafecharms.nl.



'Ik zou zo'n sieraad zeker aanraden aan patiënten om te gebruiken, want ik vind het heel zinvol in de situatie dat je op straat wordt gevonden door een ambulancemedewerker en zelf niet meer aanspreekbaar bent. Je moet de informatie als gebruiker wel zelf actueel houden en daarom zou het natuurlijk nog mooier zijn als dit gekoppeld zou kunnen worden aan en gesynchroniseerd met een HIS, maar dan wordt het uiteraard wel een complexer verhaal wat betreft AVG-wetgeving.'

*Joost van de Putte,
huisarts Stad aan 't Haringvliet*



NEDHIS-STUDIEDAG 2025

Presentaties, praktische demo's en de toekomst van het HIS

Woensdag 29 oktober 2025 kwamen ongeveer negentig huisartsen, softwareleveranciers, medewerkers van koepelorganisaties en praktijkmanagers bijeen voor de NedHIS-studiedag in de Domus Medica in Utrecht. Dagvoorzitter Albert van der Veer leidde de dag opnieuw met veel enthousiasme, een scherpe blik en humor.

PETRA DE JONG
PETRA@BUREAU-P.NL

De NedHIS-studiedag begon ooit als een dag waarop huisartsen aan elkaar lieten zien hoe hun HIS werkte om daar best practices uit te halen. Inmiddels is deze opzet geëvolueerd tot een studie- en netwerkbijeenkomst waar een mix te vinden is tussen praktische onderdelen met demo's en discussies over de toekomst van het HIS. Albert van der Veer opende de dag, die dit jaar samenviel met de Tweede Kamerverkiezingen. De deelnemers kregen in de loop van de dag diverse presentaties en demo's over postvakverslimming met AI, spraakondersteunende tools en de stand van zaken van het medicatieproces en HIPMa (Huisarts ICT Portfolio Management). Daarnaast werd zowel in de ochtend als in de middag volop aandacht besteed aan en gediscussieerd over de toekomst van het HIS en databeschikbaarheid. Om te zorgen voor een luchtige noot had Albert een aantal intermezzo's in-

gepland om de kennis over de Nederlandse politieke geschiedenis te testen bij de deelnemers. Hierbij een aantal highlights van deze studiedag.

Hoe kunnen we AI inzetten voor de verslimming van het postvak?

Joris van Driel en Joppe van der Reijden traptten de dag af met hun presentatie over hoe AI het HIS kan helpen bij postvakverslimming. Want: 'Dat kan beter en slimmer!' In 2024 deed de LHV onderzoek (gefinancierd door ZN) waaruit blijkt dat een huisartsenpraktijk dagelijks tot ongeveer 1,5 uur kwijt is aan het verwerken van HIS-berichten. Huisartsen besteden vooral tijd aan het lezen van binnenkomende berichten, het handmatig kopiëren en plakken van relevante informatie en het opzoeken van aanpalende informatie in het dossier. Deze kostbare tijd gaat af van de tijd die

huisartsen kunnen besteden aan hun patiënten. Joris en Joppe gingen in op de door huisartsen meest ervaren knelpunten met betrekking tot de postbus, postverwerking, het dossier en vervolgcacties. Ook bespraken ze de mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor. Om het een en ander concreter te maken, volgden demo's van Joris van Driel (Medicom), Pieter van Tiel (MediKit) en Hanneke Tan (Sanday).

'Onzinnig om het wiel steeds opnieuw uit te vinden'

Joris en Joppe sloten hun sessie af met een aantal stellingen, die waardevolle discussies op gang brachten in de zaal. Zo was de laatste stelling: 'Er moet één AI-model worden getraind dat alle HIS-leveranciers zelf op hun eigen wijze kunnen toepassen. Versus het scenario dat iedere HIS-leverancier het AI-deel zelf oplost.' De mensen die het daarmee eens waren gingen staan (circa 60%) en de mensen die het oneens waren bleven zitten (circa 40%). Vanuit de zaal lichtte een staande deelnemer toe: 'Het is onzinnig om het wiel steeds opnieuw uit te vinden.' Een HIS-leverancier stelde: 'Het is een charmant idee, maar het is te vroeg als einddoel aangezien er nog geen goed werkend en eenduidig AI-systeem is.' Weer een ander dacht dat 'het eens worden met z'n allen over één model'

FINLAND ALS INSPIRATIE: DAAR DENKEN ZE IN WELZIJN, NIET IN ZIEKTE

wel een knelpunt zou zijn, waarop Albert met een knipoog reageerde: 'Dat proberen we hier vandaag wel te doen!' Zijn conclusie: 'We hebben gezien dat we nog best wat afspraken moeten maken, vooral om te zorgen dat er niet zomaar data gegenereerd worden die als dump naar de huisarts gaan, maar dat dit nuttige informatie is die ook écht bedoeld is voor de huisarts. En misschien kan AI zowel aan de kant van specialisten, de ziekenhuizen, als aan de kant van huisartsen ons helpen om dat goed te laten verlopen.'

De toekomst van het HIS en databeschikbaarheid

Wilfred de Boer nam in een ochtend- én middagsessie de zaal mee in het onderwerp 'De toekomst van het HIS en databeschikbaarheid'. In de ochtendessie ging Wilfred in op de noodzaak om samen te werken aan databeschikbaarheid. Hij schetste de trend van organisatie van interoperabiliteit (doen) tot organisatie van netwerken (denken) tot integrale organisatie (dromen). Hij liet een bloemlezing zien van de verschillende lopende platforminitiatieven op het gebied van databeschikbaarheid en de bijbehorende uitgangspunten, van regionaal tot nationaal, waarbij de uitdaging ligt in een gebrek aan standaardisatie. Wilfred stelt als bestuurslid van de PZP-coalitie (Proactieve ZorgPlanning) dat

het anders kan: 'De PZP-coalitie staat voor een andere aanpak, waarbij we buiten de eigen silo's gaan denken. Het is een aanpak die de patiënt, en het veilig zorg verlenen aan die patiënt, centraal stelt. Deze aanpak geldt voor alle zorgverleners én het sociale domein – en is koepel- en sectoroverschrijdend.' Wilfred schetste tijdens de sessie de activiteiten en tijdslijnen van de coalitie met als uiteindelijk doel: 'Het komen tot een samengestelde waarheid, inzichtelijk op de plek waar je de gegevens verwacht.' Albert voegde toe met alvast een blik op het middagedeelte: 'Dit vraagt iets van leveranciers, maar ook van gebruikers dat wij goed aangeven wat voor ons nou nuttige informatie is; hoe willen we die data zien en welke data willen we zien?'

Een gezamenlijke waarheid: toekomst databeschikbaarheid

In het middagedeelte pakte Wilfred zijn presentatie weer op om antwoord te geven op de vragen: hoe ziet de toekomst van databeschikbaarheid eruit en wat vraagt dit van HISsen, leveranciers en gebruikers? Hij nam de bezoekers daarvoor ook mee in de ontwikkelingen in andere landen. Zo is in Finland een inspirerend voorbeeld te vinden voor integratie van het sociale domein en zorg: een centrum waar huisartsenzorg, psychologie, fysiothe-



rapie, verslavingszorg en gemeente op één plek zitten. Wilfred: 'Hier denken ze in welzijn, niet in ziekte.' Alle partijen werken samen in een gebouw en met data van de patiënt – een gezamenlijke waarheid – die weer beschikbaar zijn voor hergebruik en wetenschap. Iets in deze geest, maar niet perse op één locatie, zou volgens Wilfred ervoor zorgen dat zaken makkelijk verlopen en meer samenkomen. Albert vroeg aan de zaal wat deze vorm van gezamenlijke waarheid oproept. Dit leverde een levendige discussie op die een van de deelnemers mooi samenvatte als: 'Het vraagt nogal wat!' Want er moeten dan nog wel heel wat gesprekken volgen over de rol van de huisarts als poortwachter en over dosiervorming.

Afsluiting

Aan het einde van de studiedag blikte Albert met de aanwezigen terug: 'Het was een dag vol ideeën voor de toekomst, maar ook met het besef dat er daarvoor nog veel water door de Rijn moet stromen.' Hij bedankte tot slot de organiserende commissie, waarna de aanwezigen tijdens de borrel konden napraten over de opgedane kennis en inzichten. ■

Spraakondersteunende tools in de spreekkamer

Caroline Norg en Albert van der Veer (in zijn rol als huisarts/CMIO) behandelden tijdens hun sessie een onderwerp dat leeft: spraakondersteunende tools in de spreekkamer. In de praktijk functioneert een dergelijke tool als een digitale assistent die gesprekken afluistert en transcribeert, getranscribeerde tekst omzet in een gestructureerde samenvatting en kan integreren met het elektronisch patiëntendossier (EPD)

door gegevens direct in te vullen. De aanwezigen kregen tijdens deze sessie demo's te zien van Juvoly (Caroline) en OurMind (Albert), en spraken met elkaar over de voor- en nadelen van spraakondersteunende tools.

Zie ook het artikel 'AI in de spreekkamer: efficiëntie met risico's', pagina 6 van dit nummer.

CGM-huisarts

Het opnemen van zelfmetingen van en door patiënten

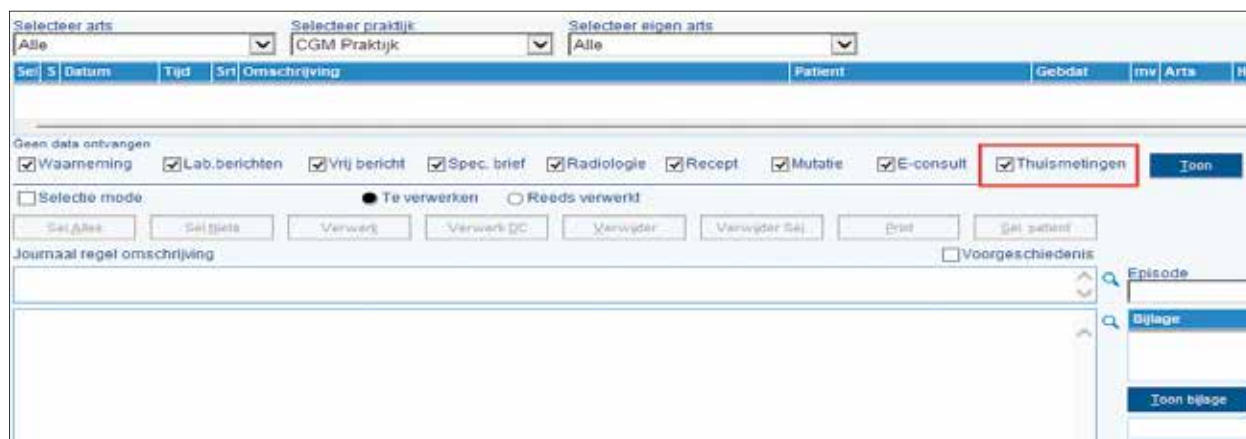
De tijd van het aanleveren van op een blaadje geschreven metingen of een ingevulde Excel-print is voorbij. Het inleveren en verwerken kan nu ook digitaal via een portaal of een PGO. Het is wel belangrijk om hier met de patiënt goede afspraken over te maken. Ook dient er in het HIS ingesteld te worden dat de metingen van de patiënt via een PGO mogen worden uitgevoerd.

Deze instelling is te registreren binnen het scherm **Toestemming patiënt**. Via **Patiënten** -> **Patiëntbeheer** selecteer je de patiënt, waar-

na je in het linkermenu op de link voor de pagina klikt. Je kunt dan opt-in geven voor 'Sturen zelfmetingen van vitale functie door patiënt'. Dit kan het beste gebeuren als de afspraak over het werkplan met de patiënt wordt opgesteld.

Bij het uitvoeren van dat werkplan kan de patiënt dan alle gedane metingen, in één keer of per meting, invoeren in een portaal of PGO en insturen naar het praktijksysteem. De opgemaakte berichten over de zelfmetingen worden dan gepresenteerd in het overzichtsscherm **Postvak**.

Voor het makkelijk verwerken van het zelfmetingsbericht in het postvak is er een aantal voorzieningen getroffen. Ieder zelfmetingsbericht heeft als kenmerk in de kolom 'Soort' een 'T' staan. Met een vinkje bij de rubriek **Thuismetingen** kan worden gefilterd op de betreffende berichten in het scherm van het postvak (zie figuur 1). Er kan daarbij per gebruiker worden ingesteld of de berichten bij het openen van het postvak direct in het postvak-scherm gepresenteerd worden, of pas na aanvinken. Je kunt er dus voor kiezen om ze altijd direct te



Figuur 1. Er kan worden gefilterd op de betreffend berichten in het scherm van het postvak

zien en te verwerken of pas na de filtering op de berichten. De instelling is vast te leggen in **Stamgegevens -> Zorgverleners -> selecteren zorgverlener** en het linker menu **Instellingen**.

Voor de postvakaccordeerfunctie is er bovendien in voorzien om dat voor de zelfmetingsberichten ook te laten gelden. Het accorderen van postvakberichten houdt in dat een postvakbericht pas uit het overzicht verdwijnt als iedereen het betreffende bericht heeft gezien. Als hiervoor interesse bestaat is het goed om voor het accorderen van berichten de handleiding te raadplegen.

Als het zelfmetingsbericht is verwerkt, verschijnt deze in het dossier en natuurlijk in het scherm **Uitslagen metingen bekijken**. Voor het filteren in dit laatstgenoemde scherm is ook een vinkrubriek opgenomen voor de thuismetingen. Vooralsnog wordt iedere meting in de recente releases opgenomen in de meetwaarden met de datum van verrichting. Hiermee kunnen verschillende metingen op verschillende data worden aangeleverd, zonder dat de metingen op de datum van indienen werden geregistreerd.

In het HIS-Referentiemodel wordt er over zelfmetingen aangegeven dat dit niet zomaar en al te uitgebreid met iedere patiënt dient te gebeuren. Met de opt-infunctie in CGM-HUISARTS is hier duidelijk rekening mee gehouden. Ervaring leert wel dat het belangrijk is om met een digitaal vaardige patiënt goede afspraken te maken om betrouwbaar materiaal van die patiënt te verkrijgen.

RENÉ VAN LEEUWEN
RENE.VAN.LEEUWEN@PLANET.NL

MicroHIS

Thuismetingen

Patiënten (of thuiszorgverpleegkundigen) kunnen op verschillende manieren thuismetingen doorgeven aan de praktijk, namelijk telefonisch, schriftelijk of via het patiëntenportaal. Telefonisch of schriftelijk doorgegeven metingen moeten door een praktijkmedewerker ingevoerd worden in MicroHIS. Dit kan helaas niet via de snel toegankelijke knop **Bijzondere patiëntkenmerken**, want daar kan niet aangegeven worden dat het om een thuismeting gaat.

Het is daarom handig om voor het verwerken van zelfmetingen een nieuw onderzoek aan te maken in MicroHIS. Ga hiervoor naar **Beheer -> Tabellen -> Onderhoud** onderzoeken. Kies 'nieuw' en vul een naam voor het onderzoek in (bijvoorbeeld Thuismetingen) en klik op **Meting toevoegen**. Vul 'thuis' in in het zoekvak (zie figuur 1). Selecteer de gewenste meting, klik op **OK** en kies opnieuw **Meting toevoegen**, en doe dat voor alle gewenste metingen. Klik op **Opslaan**. Kies 'D' bij de vraag naar het 'type' onderzoek.

In het voorbeeld in figuur 2 is gekozen voor de metingen van bloeddruk, pols en gewicht. Voor glucometingen met een draagbare meter zijn al onderzoeken in MicroHIS aanwezig. Indien gewenst kunnen deze metingen ook aan het onderzoek **Thuismetingen** toegevoegd worden of kan hiervoor op

dezelfde wijze een nieuw onderzoek toegevoegd worden.

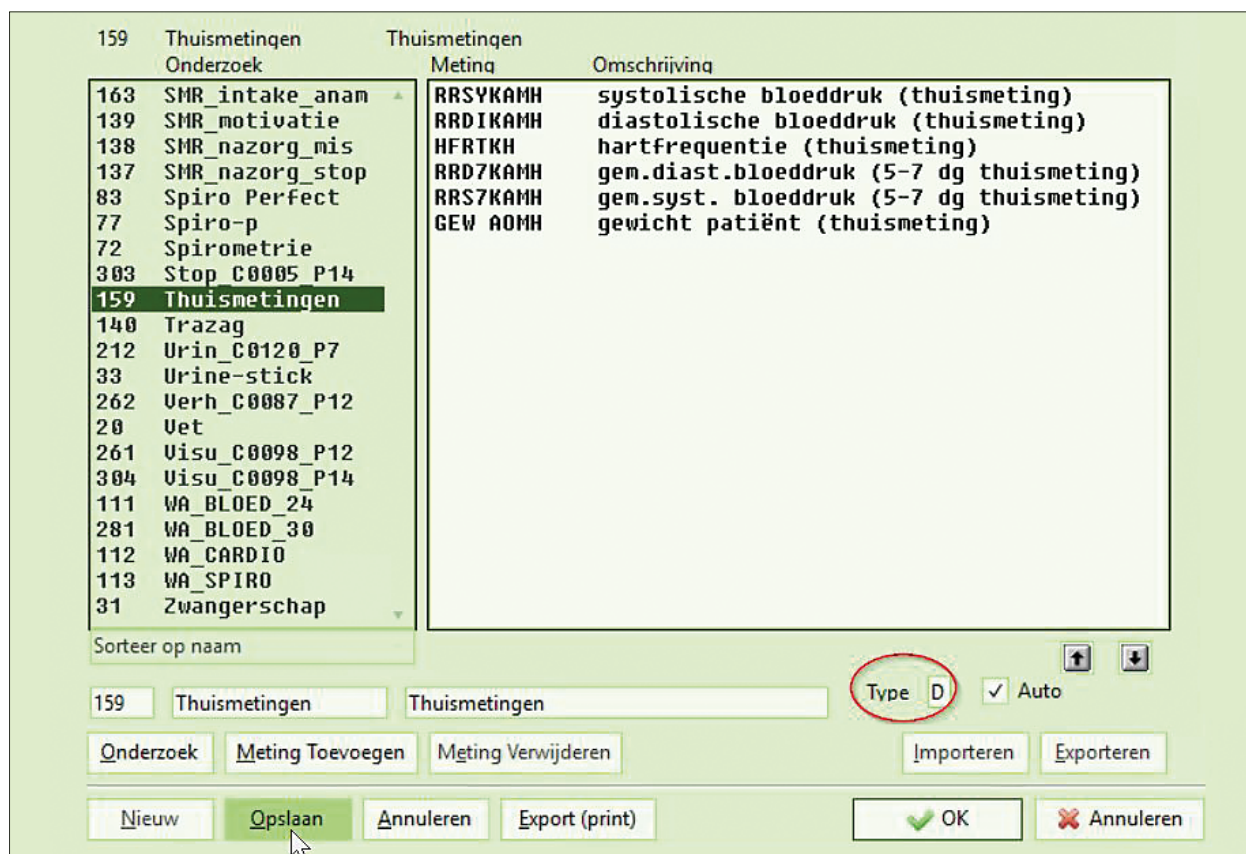
Wanneer de patiënt nu metingen doorgeeft aan de praktijk, kunnen ze via dit onderzoek gemakkelijk ingevoerd worden. Via het tabblad **Bestanden** (figuur 3) kan desgewenst een scan toegevoegd worden van het briefje met alle metingen dat de patiënt ingeleverd heeft.

Een voorbeeldformulier voor het invullen van een vijfdaagse bloeddrukmeting met instructies op de praktijkwebsite kan zorgen voor uniformiteit in de schriftelijke metingen die je krijgt. Daarnaast kun je links naar instructies op je website zetten, zoals <https://uwzorgonline.nl/faq/uw-zelfmetingen/hoe-voeg-ik-een-zelfmeting-toe>. Ook kun je verwijzen naar het YouTube-kanaal van Uw Zorg Online. Veelal kunnen patiënten bij de bibliotheek terecht voor hulp en instructie bij het omgaan met patiëntportalen.

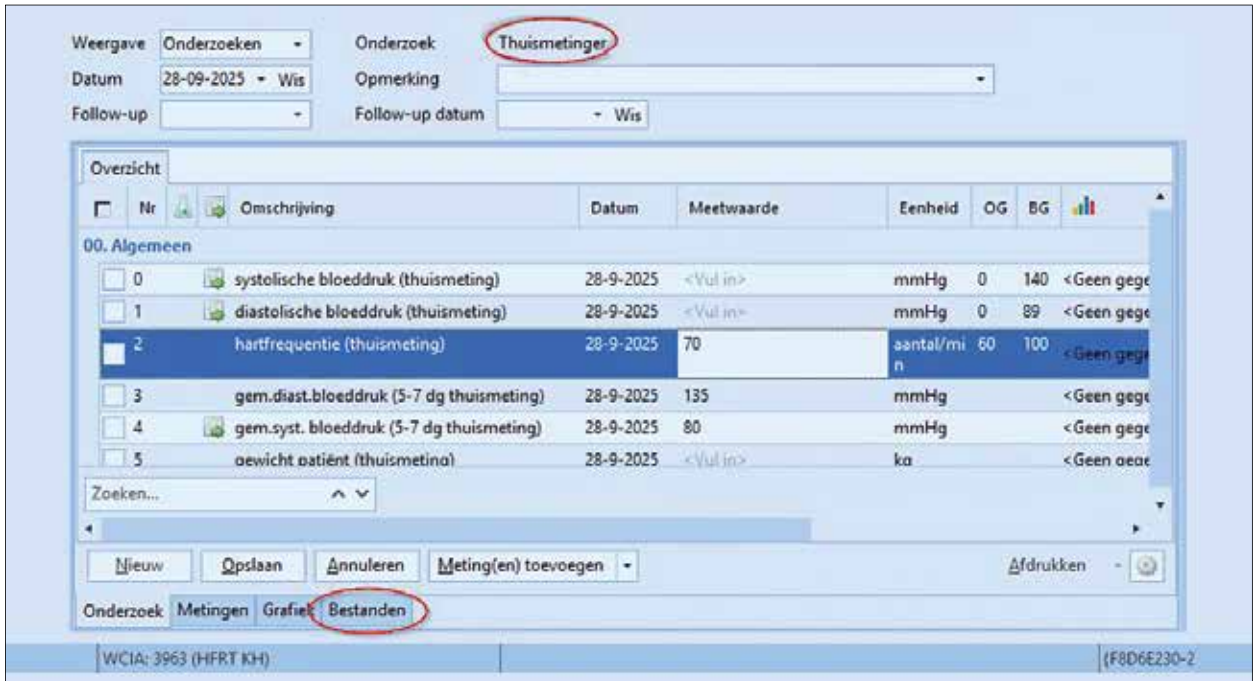
Wanneer de patiënt zijn zelfmetingen doorgeeft via het patiëntenportaal van Uw Zorg Online (UZO), hoeven deze niet door een praktijkmedewerker overgetypt te worden. De patiënt kan zijn metingen echter pas via het portaal doorgeven als in MicroHIS bij zijn gegevens op het tabblad **Praktijk** aangevinkt is dat hier toestemming voor is (zie figuur 4). Dit vinkje is namelijk niet standaard



Figuur 1. Een thuismeting toevoegen



Figuur 2. In dit voorbeeld is gekozen voor de metingen van bloeddruk, pols en gewicht



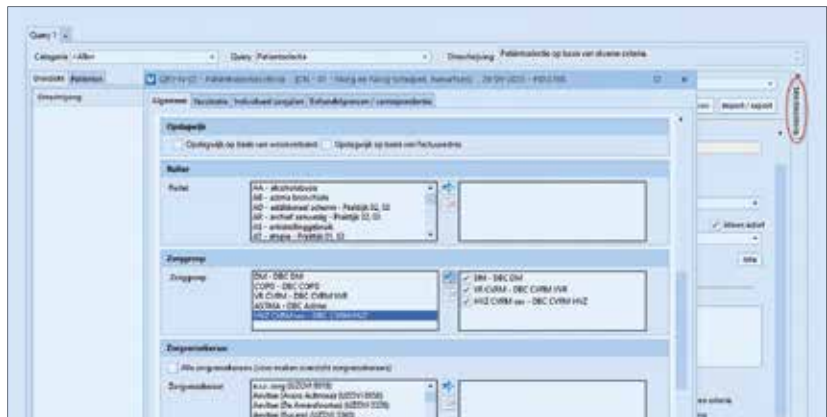
Figuur 3. Via het tabblad **Bestanden** kan een bestand met metingen worden toegevoegd



Figuur 4. Toestemming geven voor het doorgeven van metingen

ingevuld. Wanneer je dit voor de hele praktijk, dan wel een grotere groep patiënten in één keer wilt regelen ga je naar **Management info** -> **Standaard queries** en selecteer je de gewenste groep. Zie het voorbeeld in figuur 5. Kies **Maak overzicht** en kies vervolgens voor **Bulkactie** (deze knop wordt pas actief als het tabblad **Patiënten** is geselecteerd). Ga naar het tabblad **Patiënt**, waar je kunt kiezen voor **Insturen zelfmetingen** -> **Zet op toegestaan**, zoals te zien in figuur 6.

Instrueer de patiënt voor het doorgeven van metingen via het portaal van Uw Zorg Online bij een vijfdaagse bloeddrukmeting alleen de gemiddelde waarde door te sturen. De metingen die doorgestuurd worden komen in je berichtenbox in MicroHIS (zie figuur 7). Wan-



Figuur 5. Er kan een groep patiënten in één keer worden geselecteerd



Figuur 6. Een patiënt toestemming geven om metingen in te kunnen sturen

Aanvraag dd 27-07-2025 09:55
Betreft: 202507270

VitalSigns	
Bepaling	Uitslag
systolische bloeddruk (thuisme)	115
diastolische bloeddruk (thuism)	80

Figuur 7. De metingen komen binnen via de berichtenbox

neer de patiënt een groot aantal metingen instuurt, kun je er natuurlijk voor kiezen deze niet allemaal op te slaan. Hopelijk komen er in de toekomst meer koppelingen met MicroHIS, waardoor de patiënt naast UZO andere mogelijkheden krijgt om zijn metingen digitaal aan de praktijk door te sturen.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINE.NORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

Kijk voor meer *Tips en trucs* op *Haweb in de groep Orego (alleen voor leden) verenigingszaken*.

Sanday ASP

Zelfmetingen digitaal ontvangen en verwerken

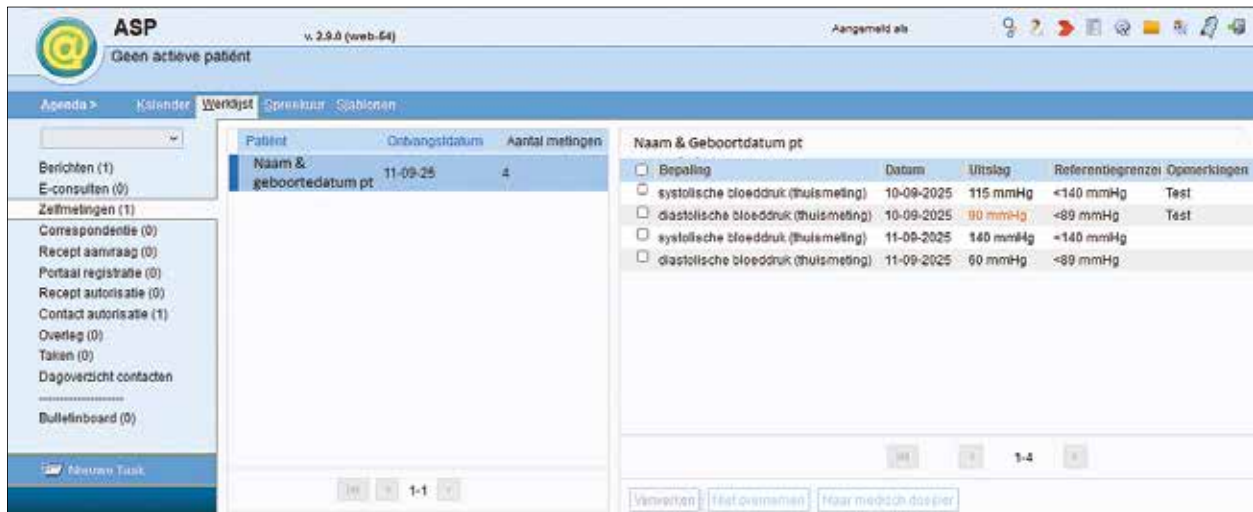
Patiënten doen steeds meer zelfmetingen. Vaak gaat dit om bloeddruk of glucose. Patiënten geven deze metingen echter nog geregeld via een briefje of e-mail aan de praktijkondersteuner of de assistente door. Het is praktischer wan-

neer de patiënt de metingen meteen digitaal in het HIS aanlevert. Dan kunnen de metingen ook gemakkelijk vergeleken worden met andere uitslagen die de praktijk zelf heeft vastgelegd. De patiënt kan dit doen via het pa-

tiëntenportaal of een PGO, nadat deze functie voor de patiënt geactiveerd is. De functie kan worden aangezet via @ -> **Patiënt** -> **Patiëntgegevens** -> **Toegang** (figuur 1). Je komt dan op de pagina waar diverse toegangsmogelijkheden

The screenshot shows the ASP patient portal interface. At the top, it displays the user's name 'Test, HA // 21-12-2010 (14) / Man / BSN: [redacted] / 06123456789 / test@voorbeeld.nl' and the address 'Roerdompstraat 100, 1531XX, WORMER, NL'. The main navigation bar includes 'Patiënt >', 'Zorgplan', 'Patiëntgegevens', 'Ingeschrijfgeld', 'Patiëntenportaal', 'Verrichtingen', 'GOV', 'ICN', 'ASP', and 'Opschonen'. The left sidebar contains 'Persoonlijk', 'Adressen', 'Financieel', 'Aanvullend', and 'Toegang'. The main content area is titled 'Toegang' and contains several sections: 'Dossier delen in interne waarneming' (Yes/No), 'Uitsluiten voor export naar derden' (Yes/No), 'Online inzage voor patiënt' (Yes/No), 'Deze instelling treedt pas in werking wanneer de patiënt 16 jaar is geworden' (Yes/No), 'Online functies voor patiënt' (highlighted box) with 'Zelfmetingen' set to 'Nee', and 'De apotheek die bij de patiënt is geselecteerd beschikt over een verbeterde koppeling' (Yes/No). At the bottom, there are 'Opslaan' and 'Annuleren' buttons.

Figuur 1. Aanzetten van zelfmetingen bij een patiënt



Figuur 2. Zo komen de zelfmetingen binnen in Sanday ASP

kunnen worden ingesteld. Bij **Online functies voor patiënt** kun je **Zelfmetingen** op **Ja** zetten. Druk hierna op opslaan om deze specifieke patiënt de mogelijkheid te geven om zelfmetingen door te geven. De patiënt kan de zelfmetingen nu via een patiëntenportaal of PGO aan de praktijk sturen. Het is niet mogelijk om alle soorten metingen door te geven. De meest voorkomende zijn bloeddruk, bloedsuiker, gewicht en hartslag. Bij de bloeddrukmeting en de bloedsuiker is het vaak mogelijk om de patiënt verschillende varianten te laten invullen. Zo kan de patiënt bij de bloeddrukmeting een eenmalige meting of een geprotocolleerde thuismeting (5-7 dagen) invullen. Bij de bloedsuiker kan gekozen worden uit eenmalige metingen of een dagcurve. Nadat de patiënt metingen naar de praktijk heeft gestuurd komen deze in de @ -> **Agenda** -> **Werklijst**. In de **Werklijst** kies je links zelfmetingen. Wanneer er geen metingen getoond worden, pas je linksboven in het grijze veld je naam aan naar **[Iedereen]** (figuur 2). Je ziet nu de zelfmetingen die de patiënt heeft verstuurd, met eventuele opmerkingen van de patiënt. Als praktijkmedewerker kun je alle bepalingen verwerken, specifieke bepalingen aanvinken om te ver-

Zoeken		Overzicht	Episoden	Medicatie	Uitslagen	Correspondentie
Uitslagen						
Onderzoeken						
Alle		Lab	Diagnostisch	Protocollai		
Bepaling					10-09-2025	
biometrie						
lengte patiënt						
systolische bloeddruk						
diastolische bloeddruk						
polsfrequentie						
diastolische bloeddruk (thuismeting)					↗ 90	
systolische bloeddruk (thuismeting)					115	

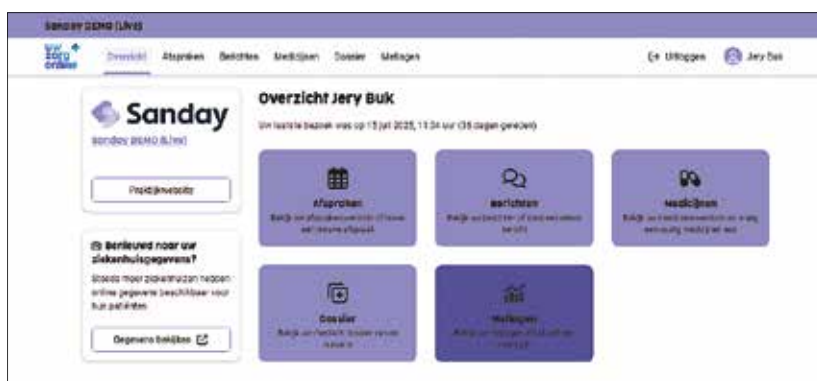
Figuur 3. Zelfmetingen in het dossier van de patiënt

werken of de bepalingen niet overnemen. Maak hier zelf intern werkafspraken over. Als de uitslagen verwerkt worden, kun je altijd zien dat het om een thuismeting ging. Onder @ -> **Medisch Dossier** -> **Uitslagen** kun je de bepalingen terugvinden met achter de meting '(thuismeting)' (figuur 3). Dit zijn dus andere metingen dan de standaard praktijkmetingen. Zo blijft het onderscheid duidelijk voor de praktijk, maar ook voor de patiënt als deze online inzage gebruikt.

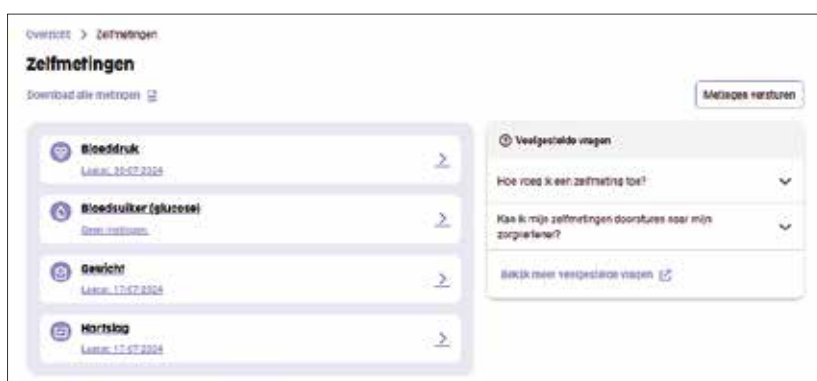
Maak duidelijke werkafspraken met de patiënt over de frequentie van het aanleveren van de metingen. Mocht een patiënt toch te veel metingen aan de praktijk sturen terwijl dit niet gewenst is, dan kan de toegang altijd weer worden ingetrokken door bij de patiëntgegevens de zelfmetingen op nee te zetten.

Sanday voor de huisarts

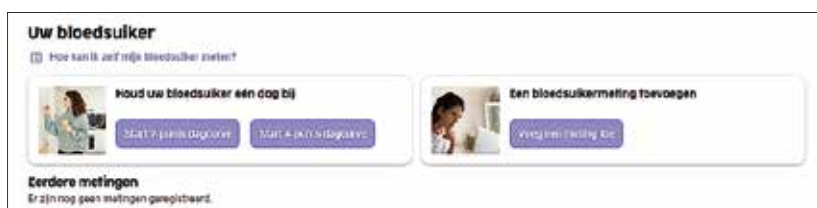
Zelfmetingen in combinatie met Uw Zorg online



Figuur 1. De tegel Metingen



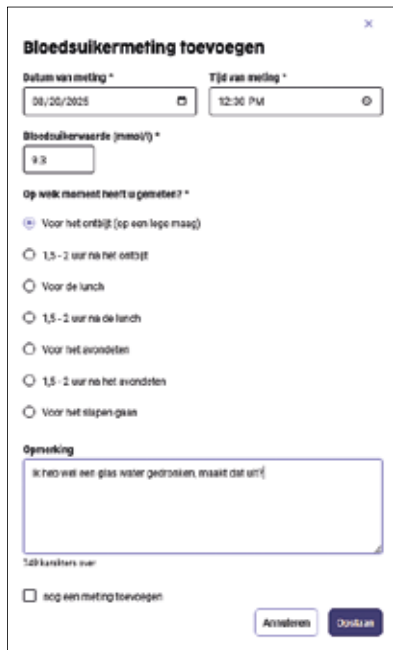
Figuur 2. Het overzicht van de metingen



Figuur 3. De patiënt kan kiezen tussen een dagcurve en een eenmalige meting

Zelfmetingen worden steeds vaker ingezet en kunnen verschillende doelen hebben. Het meten in de spreekkamer is niet altijd betrouwbaar door (on)bewuste spanning bij de patiënt. Het scheelt tijd voor de patiënt en de zorgverlener wanneer de patiënt thuis kan meten en daardoor niet naar de praktijk hoeft te komen. Daarnaast is het ook heel fijn om bijvoorbeeld een extra meting tussendoor te doen.

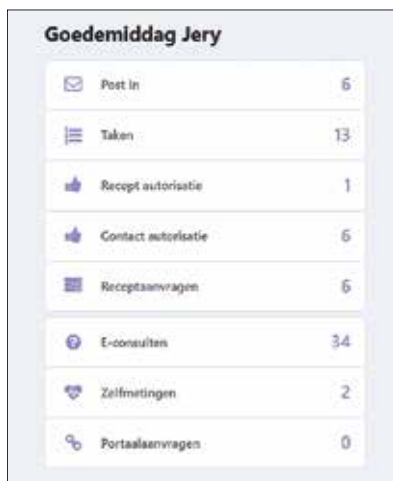
Zelfmetingen kunnen natuurlijk op papier bij de praktijk ingeleverd worden, maar dan is de tijdswinst weer weg. De patiënt levert de papieren in en die moeten aan de balie ingenomen worden, en vervolgens weer handmatig ingevoerd worden. Dit vergroot ook de kans op fouten. Daarom is er een grote voorkeur om patiënten de zelfmetingen via het patiëntenportaal te laten invoeren. Dat gaat als volgt. De patiënt logt in op UwZorgOnline en kiest daarbij de tegel **Metingen** (figuur 1). Vervolgens komt de patiënt in het overzicht van de zelfmetingen (figuur 2). Aan de rechterkant van dit scherm kan de



Figuur 4. De patiënt kan nog meer meetwaarden toevoegen

patiënt ook de meest gestelde vragen vinden.

Bij klikken op **Bloedsuiker (glucose)** volgt een volgend scherm (figuur 3), waarbij de patiënt een keuze kan maken tussen een dagcurve en een eenmalige meting. Wanneer de patiënt voor eenmalige meting kiest, volgt een scherm waarbij datum, tijd en bloedsuikerwaarde ingevuld kunnen worden en het moment van de dag kan worden gekozen. De patiënt kan ook nog een opmerking toevoegen. Ook zijn hier nog meer meetwaarden toe te voegen (figuur 4). Figuur 5 laat



Figuur 7. Het dashboard laat zien of er zelfmetingen zijn binnengekomen



Figuur 5. Het resultaat van het invoeren in het portaal



Figuur 6. De patiënt kan bepalen welke meting wordt doorgestuurd

aan de portaal kant zien hoe de meting is ingevoerd. Bij de volgende stap wordt de meting naar de praktijk verstuurd. De patiënt kan per meting kiezen om deze al dan niet door te sturen. In het voorbeeld in figuur 6 gaat het om een bloedglucosemeting van 20 augustus 2025.

Na het versturen komt de zelfmeting terecht in het HIS-dashboard. De zelfmetingen verschijnen in het portaalblokje linksonder in het scherm (figuur 7). In het voorbeeld staan er twee zelfmetingen te wachten om verwerkt te worden. Wanneer je op het blokje zelfmetingen klikt, verschijnt het zelfmetingenverwerkingsscherm (figuur 8). Aan de linkerkant staan de metingen die nog verwerkt moeten worden. Wanneer je de onderste meting aanklikt, zie je rechts de patiënt verschijnen met de te verwerken meetwaarde. Via de knop **Dossier inzien** krijg je toegang tot de rest van het dossier. Het tekstballonnetje aan het eind van de regel is de vrij ingevoerde opmerking van de patiënt.



Figuur 8. Het zelfmetingenverwerkingsscherm

Je kunt hier aangeven of je de doorgegeven meetwaarde wilt negeren of accepteren. Negeren verwijdert de meetwaarde en accepteren zet de zelfmeting in het dossier van de patiënt. Dat is via het tabblad **Diagnostiek** (onder uitslagen) weer inzichtelijk. Ook de opmerking van de patiënt blijft hierbij staan (figuur 9).

Op deze wijze kunnen meetwaarden snel en eenvoudig verwerkt worden.

HANNEKE TAN KONING
HANNEKE@MCDWEIGHT.NL



Figuur 9. Het tekstballonnetje aan het eind van de regel bevat eventuele opmerkingen van de patiënt

NEDHIS, KOEPEL VAN HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN

BESTUUR
Ron Dingjan | voorzitter huisarts@dingjan.demon.nl
Albert van der Veer | vanderveer@huisartsenpraktijkorion.nl
Casper Tombrock (a.i.) | casper.tombrock@gmail.com
Valentijn Deijns | vajdeijns@gmail.com
Jesper van Deelen | javandeelen@gmail.com
Joris van Driel | j.vdriel@sgzoetermeer.nl



SECRETARIAAT
Bep Otterloo | 06 46813881
secretariaat@nedhis.nl
www.nedhis.nl

OREGO, VERENIGING VAN MICROHIS-GEBRUIKERS

BESTUUR
Valentijn Deijns | voorzitter | vajdeijns@gmail.com
Pieter Vrijdag | penningmeester | praktijkvrijdag@ezorg.nl
Vaerny Cazemier | vaernyc@gmail.com
WEBSITE www.gebruikersverenigingorego.nl
HAweb-groep Orego | www.haweb.nl



Gebruikersvereniging CGM

BESTUUR **Jesper van Deelen**, voorzitter | javandeelen@gmail.com
Judith Zuiderhoudt, penningmeester | judith_amkreutz@hotmail.com
Michiel Zwartkruis | malz@freedom.nl
Heidi Broeksteeg | heidivdm66@hotmail.com
Rita Heijdra | rheidra@gmail.com
WEBSITE www.gebruikersverenigingcgm.nl

HAweb-groep:
Gebruikersvereniging CGM HUISARTS | www.haweb.nl



Gebruikersvereniging Sanday

BESTUUR **Albert van der Veer** | voorzitter | vanderveer@huisartsenpraktijkorion.nl
Hanneke Tan | penningmeester | hanneke@mcdeweght.nl
Robert Wladasch | r.wladasch@haarlehuisarts.nl
Casper Tombrock | casper.tombrock@gmail.com
Jeroen van Suijlichem | vansuijlichem.huisartsenzorg@gmail.com
Bas Arents | b.arents@apotheekbennekomp.nl
Pieter Recter | precter@apotheek-zwaaipein.nl
WEBSITE www.gebruikersverenigingsanday.nl

HAweb-groepen:
Sanday voor de huisarts gebruikersvereniging
Gebruikersvereniging Sanday (Promedico - ASP)
Sanday gebruikersvereniging (VDF)



SECRETARIAAT EN LEDENADMINISTRATIE

Gebruikersvereniging CGM, Sanday, Orego en NedHIS
Secretariaat NedHIS
Bep Otterloo | secretariaat@nedhis.nl | 06 468 13 881

SYNTHEHIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSPRAKTIJK EN AUTOMATISERING

COLOFON | EDITIE 3-2025

SYNTHEHIS IS HET GEZAMENLIJKE TIJDSCHRIFT VAN DE HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN SANDAY, CGM EN OREGO

REDACTIE

Harm Peter Smilde HOOFDREDACTEUR | hp@hpcommunicatie.nl
Casper Tombrock | casper.tombrock@gmail.com
René van Leeuwen | rene.van.leeuwen@planet.nl
Caroline Norg | carolinenorg-schulpen@meditta.nl
Heidi Broeksteeg | heidivdm66@hotmail.com
Desiree Goeden | desireegoeden@meditta.nl

ONZE SCHRIJVERS

Ronald Janus, Roelf Norg, Christie Manintveld, Myrte Gay-Balmaz, Caroline Norg, Annet Muijen, Petra de Jong, Wieteke van de Sande, Hanneke Tan, René van Leeuwen

VERDER WERKTEN AAN DIT NUMMER MEE

Karel Steur, Jonathan Bouman, Mark van Houdenhoven, Wilbert van Oorschot, Bregje de Boer, Niek de Wit, Jesper van Deelen, Rita Heijdra, Suzanne Verheijden, Cheryl Veldkamp, Jolanda van Til, Patricia van der Laan, Albert van der Veer, Joppe van der Reijden, voorbereidingscommissie NedHIS Studiedag

REDACTIESECRETARIS | Wouter Scheen

REDACTIEADRES | Redactie SynthesHis
T.a.v. Bep Otterloo - 06 46813881

Eikeboom 21 | 4101 VA Culemborg | secretariaat@nedhis.nl

WEBSITE www.syntheshis.nl

UITGEVERIJ | LandGraphics B.v. Atlantisplein 1 1093 NE Amsterdam
020-531 20 10 | gilles@landgraphics.nl

GRAFISCHE VORMGEVING | LandGraphics Amsterdam

FOTOGRAFIE | Martin Rijpstra, Douwe de Boer,
Jasper Hof Photography, Juliet Ulehake, fotografie UMC,
Thijs Rooimans

NIUWE ABONNEMENTEN | Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens één jaar verlengd tot wederopzegging, tenzij twee maanden voor vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij voorfacturering voor het aankomende jaar berekend. De prijs wordt jaarlijks aangepast.

ADRESWIJZIGING | Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar het redactieadres.

BEËINDIGING ABONNEMENT | Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk twee maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen

ABONNEMENTSPRIJZEN | Jaarabonnement zijn inclusief verzend- en administratiekosten.

Los nummer: € 10,- | Jaarabonnement (minimaal 3 nummers): € 25,-. Prijswijzigingen voorbehouden. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Leden van Atlas, OmniHis en Orego ontvangen minimaal 3 nummers per jaar. Abonnementen of losse nummers bestellen via Bep Otterloo 06 46813881 | secretariaat@nedhis.nl o.v.v. abonnement.

ADVERTENTIEACQUISITIE | Klinker en Bikkels - 06-55167121
advertenties@klinkerenbikkels.nl

AUTEURSRECHT | DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE INHOUD VAN DE ARTIKELEN BERUST BIJ DE AUTEUR(S). DE INHOUD VAN DE ARTIKELEN HOEFT NIET IN OVEREENSTEMMING TE ZIJN MET HET DOOR DE GEBRUIKERSVERENIGINGEN GEVOERDE BELEID. ARTIKELEN MOGEN ALLEEN WORDEN OVERGENOMEN EN/OF VERMENIGVULDIGD, OP WELKE WIJZE DAN OOK, NA SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE REDACTIE EN UITGEVER MET EEN BRONVERMELDING.

ISSN 1570/2693

NedHIS congres 18 maart 2026

Hét congres voor de hele praktijk



Het NedHIS congres biedt de hele dag sessies die te maken hebben met de workflow in de huisartsenpraktijk. De sessies zijn zowel praktisch als beleidsmatig. Kortom: voor ieder wat wils. Een inspirerende dag met veel informatie, onderwerpen die stof tot nadenken geven, leerzame workshops en tips en trucs van het HIS, de laatste ontwikkelingen op de informatiemarkt én niet te vergeten het plezierig samenzijn met collega's onder het genot van een hapje en een drankje.

Voor meer informatie: www.nedhis-congres.nl

Vraag: wat is – naast de patiënt – een van de belangrijkste pijlers in de huisartsenpraktijk?

Antwoord: het huisartsinformatie systeem (HIS) en alles wat daarmee te maken heeft.

En dáárvoor kom je naar het NedHIS congres.