

# Cherry-picking GP At Hand-initiatief mag vooralsnog niet uitbreiden buiten Londen



[Op 20 november 2017](#) berichtte ik over GP At Hand, een initiatief van een zakenman, [Ali Parsa](#), in samenwerking met de National Health Service(NHS). Daarbij wordt door middel van de app Babylon, die met kunstmatige intelligentie triage verzorgt, het contact met een vijftal meewerkende huisartspraktijken geregeld en worden video-consulten mogelijk gemaakt. Zeer controversieel aan het initiatief is dat deelname uitgesloten was als sprake is van complexe medische en sociale problematiek, alsmede zwangerschap. Daardoor vindt een selectie plaats van overzichtelijke kwalen, veelal bij jongere mensen. Met recht dus dat zoiets dan “cherry-picking” genoemd wordt. Naar nu blijkt heeft de NHS England aan GP At Hand laten weten dat [de geplande uitbreiding van de dienstverlening buiten Londen, naar Birmingham en Manchester niet door kan gaan](#). Eerst zal een uitgebreide evaluatie dienen plaats te vinden van wat er nu door GP At Hand wordt gedaan en hoe het wordt uitgevoerd. NHS England kwam tot dit besluit onder andere door [een rapport van de Hammersmith and Fulham Clinical Commissioning Group](#) (CCG) uit november 2017. [Een CCG is een loco-regionaal onderdeel van de NHS](#) waarin clinici en huisartsen in een samenwerkingsverband opereren om zo de zorg organisatorisch en financieel voor hun patiënten te sturen. De genoemde CCG gaat over het gebied in Londen waar de vijf GP At Hand-praktijken actief zijn.

## Zorgen

Terwijl al eerder individuele huisartsen in de media en in vaktijdschriften gewezen hadden op de controversiële aspecten van de modus operandi van GP At Hand liet de Hammersmith and Fulham CCG vrij gedetailleerde kritiek horen over de wijze waarop in 2017 GP At Hand werkt. Niet alleen gaat het over het aannamebeleid van patiënten, de medicatieverstrekking via de Babylon-app, de verslaglegging, de continuïteit van zorg, maar ook over de onduidelijkheid die er bij veel patiënten bestaat over de overschrijving naar de nieuwe praktijk. Als ze eenmaal overgeschreven zijn kunnen ze geen beroep meer kunnen doen op hun vorige huisarts, terwijl de GP At Hand praktijken een fors aantal kwalen uitsluit van behandeling bij aanname. Dat vraagt om problemen.

## BMJ

Enkele dagen terug, op 16 januari 2018, [publiceerde de British Medical Journal](#) een kritisch artikel met cijfers over de recent gestarte dienstverlening door GP At Hand. Er is een korte samenvatting, maar gelukkig ook [het volledige artikel](#) op het internet te vinden. Daaruit blijkt heel duidelijk dat de populatie van de GP At Hand praktijken voornamelijk bestaat uit mensen tussen de 20 en 44 jaar. In de eerste twee maanden verdrievoudigde de praktijkomvang van 4970 naar 16117 mensen, waarbij 90 % van de nieuwe patiënten in voornoemde leeftijdscategorie valt. Ook bleek uit een financieel overzicht van de Hammersmith and Fulham CCG dat de kosten voor acute zorg in die periode met 150.000 pond gestegen waren en ten laste van de CCG kwamen. Deze organisatie liet dan ook weten dat ze deze extra kosten als een duidelijk risico zagen. Voor de hand liggend is dat met de selectie, die bij aanname plaats vindt een zeer mondige, doorgaans gezonde populatie wordt aangetrokken die bij enig teken van verstoring van de gezondheid meteen maximale zorg vraagt.

## Babylon

Uiteraard laat het bedrijf Babylon Healthcare Services Limited, het bedrijf achter GP At Hand, weten zich niet in de genoemde problemen te herkennen en stelt zij dat uiteindelijk de zorg door hun optreden goedkoper wordt. Ze schikken zich in het besluit van de NHS geen praktijken buiten Londen te openen, maar tegelijkertijd opent men wel in Londen nog enkele(vier) GP At Hand praktijken extra.

## **Crisis**

De NHS, die zich al jaren in een doorlopende crisis bevindt, maakt de laatste weken dramatische berichtgeving mee over haar functioneren. Trieste verhalen over de onmogelijkheid om mensen op te nemen, ambulancediensten die niet in staat blijken adequaat te functioneren en doorlopende personeelsproblemen. De NHS probeert in haar wanhoop initiatieven toe te staan die misschien veelbelovend lijken, maar ernstig negatief disruptief blijken te zijn en meer kosten met zich meebrengen dan de NHS kan dragen.

We zullen in de toekomst vaker het soort ontsporingen gaan zien die met GP At Hand in gang zijn gezet. Het kan niet anders dan dat GP At Hand geen lang leven beschoren is.

W.J. Jongejan

---

**Toestemming at the point of care achterhaalde proefballon om aantal LSP-opt-ins te**

# verhogen



Ook al roept de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie(VZVZ) als beheerder van het Landelijk SchakelPunt(LSP) op 24 maart 2016 luid dat er 10 miljoen Nederlanders aan één of meer zorgaanbieders toestemming hebben gegeven om hun medische gegevens te delen zit men daar met een groot probleem. Dat aantal mensen heeft namelijk niet overal, waar medische gegevens bij apotheken en huisartsen beschikbaar zijn, toestemming gegeven die medische gegevens te delen. Het aantal dat bij de huisarts toestemming gaf om inzage in de samenvatting van de medische voorgeschiedenis toe te staan is minder dan de helft van hen die dat bij de apotheek deden. Ook is geenszins duidelijk of iedere toestemmingsverlener, dat bij elke apotheek deed waar medicijnen van verkregen worden. Men blijft daarom verwoede pogingen doen het opt-in-toestemmingspercentage op te krikken.

## Proefballon

In het blad Synthesis, tijdschrift voor huisartspraktijk en automatisering, om precies te zijn in het maartnummer van 2016(jaargang 15, nummer 1, pag. 20 t/m 22) doet oud-huisarts Herman Levelink en voorstander van het LSP-gebruik, het voorstel om het aantal opt-in-toestemmingen te verhogen door de patiënt toestemming te vragen, niet bij de bron, maar bij de zorgverlener die de gegevens opvraagt. Het artikel heet: **“Patiëntenrechten en onderzoeksplicht van de zorgverlener botsen”** en is geschreven met het oog op de huidige behandeling van het wetsontwerp 33509 in de Eerste Kamer. Voor het goede

begrip gaat het hier niet alleen om de vraag of bij de onderhavige hulpvraag toestemming gegeven wordt, maar ook om alle toekomstige opvragingen. Deze toestemming “at the point of care” is echter een volledig achterhaalde en al langere tijd geleden zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk afgeschoten gedachte. Daar stond die bekend als de “consent to view”. In Nederland is het al een keer ter sprake geweest en uiteindelijk afgeschoten tijdens de behandeling van het wetsontwerp 31466, waarmee de minister van VWS in 2011-2012 het Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (L-EPD) trachtte te realiseren. Dat wetsontwerp strandde in april 2012 in de Eerste Kamer die het unaniem verwierp.

## **Hoofdrede**

De hoofdrede, dat de opt-in-verwerving “at the point of care” niet geschikt is als toestemmingsprincipe, is dat die manier van toestemmingsverwerving voorbij gaat aan de mogelijkheid dat de centrale infrastructuur door een succesvolle aanval of ander misbruik de reeds geregistreeerde informatie kwetsbaar maakt. De bij de bron opgeslagen medische informatie kan dan onterecht opgevraagd worden. Dit is in tegenstelling tot een model waarbij patiënten toestemming geven voordat informatie überhaupt wordt geregistreerd. [Zie hiervoor het betoog van de wetenschapper Guido van 't Noordende uit 2010](#) in een publicatie voor de Security and Privacy in Medical and Home-Care Systems (SPIMACS) 2010 in Chicago. Op pagina 30 van dit document in de linker kolom staat een passage die gaat over het “consent to view”-principe. Dat is namelijk precies de toenmalige benaming voor wat nu met de “consent at the point of care” bedoeld wordt.

## **Consent to view**

In 2010 is het opt-in-toestemming vragen via de opvrager, “the consent to view”, uitgebreid ter sprake geweest bij deze door de National Health autoriteiten gewenste wijze om het Summary Care Record systeem te vullen met medische data in Engeland en

Wales. De gezaghebbende hoogleraar Ross Anderson, professor in de Security Engineering bij het computer laboratorium aan de universiteit van Cambridge was er een [fel tegenstander van op grond van een zeer duidelijke argumentatie](#). Zie hier vooral de discussie onder het korte artikel. Zie voor dit onderwerp ook [een bijdrage in de British Medical Journal](#).

## **Kansloos**

Helemaal zonder betekenis is de proefballon die in SynthesHIS opgelaten wordt niet. Het stuk waarin de suggestie wordt gedaan heeft is geschreven naar aanleiding van de moeizame behandeling in de Eerste Kamer op dit moment. Hierover publiceerde ik recent, maar eerder ook, over. Het stuk van Levelink gaat vooral over de enorme moeite die het kost om het opt-in-percentage te laten stijgen.

In dit kader leek het me nuttig duidelijk te maken dat de voorgestelde opt-in-verwerving “at the point of care” een volkomen achterhaalde en op goede gronden sterk bekritiseerde gedachte is.

W.J. Jongejan