

Rapport:

“WEGWIJS IN EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG”

**Bevindingen van de interdisciplinaire werkgroep
(artsen/psychologen) uit de SaRA-regio.**

Een initiatief van:



Rapport: “WEGWIJS IN EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG”

1. Het project eerstelijnspsychologische zorg¹

Een snel toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn voorkomt dat eerder milde klachten in ernst toenemen of een chronisch verloop krijgen. De grotere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg heeft ook een destigmatiserend effect. De federale overheid maakte 22,5 miljoen euro vrij gesteld voor de uitbouw van terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg door zelfstandig klinisch psychologen of orthopedagogen. De uitrol van deze regeling werd toegewezen aan de GGZ-Netwerken. Het Samenwerkingsverband voor gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg Regio Antwerpen, of kortweg SaRA, neemt deze taak op voor de regio Antwerpen, Voor- en Noorderkempen.

2. Het kader van de Federale overheid

De Federale overheid biedt terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg voor volwassenen (18-64 jaar) die kampen met de meest voorkomende psychische problemen. Personen met matige depressie, matige angstklachten of problematisch alcoholgebruik hebben, mits verwijzing door huisarts of psychiater, jaarlijks recht op twee reeksen van vier sessies individuele psychologische behandeling. Om een gedegen klinische inschatting te kunnen maken is voor de eerste sessie 60 minuten gesprekstijd voorzien. Alle andere sessies duren 45 minuten. De cliënt betaalt aan de eerstelijnspsycholoog (ELP) 11 euro, of 4 euro bij verhoogde tegemoetkoming.

De behandeling vindt plaats bij klinisch psychologen en orthopedagogen die een contract afsluiten met GGZ-Netwerk SaRA en minimaal 4 sessies per week realiseren binnen dit kader. De lijst van deze klinisch psychologen en orthopedagogen kan geraadpleegd worden op de website van GGZ-Netwerk SaRA².

3. Van theorie naar praktijk: werkgroep Interdisciplinaire Samenwerking ELP

Om het federale kader naar de dagelijkse praktijk te vertalen, werd binnen het GGZ-Netwerk SaRA de werkgroep “**Interdisciplinaire Samenwerking ELP**” opgestart. De werkgroep werd gefaciliteerd en mee begeleid door de Lokale Multidisciplinaire Netwerken. Huisartsen, psychiaters en klinisch psychologen en orthopedagogen gingen tijdens vier samenkomsten aan de slag met enkele prangende vragen: hoe kan deze regeling verbonden worden met de realiteit van de betrokken hulpverleners? Hoe kan een correct gebruik ondersteund worden en wordt voorkomen dat deze werkvorm dichtslibt?

In onderstaande tekst wordt het resultaat van deze dialoog overlopen. Het gaat hier om suggesties voor kwaliteitsvolle eerstelijnspsychologische zorg, die ontstonden uit het praktijkveld van de betrokken zorgverstrekkers uit de regio.

1 In dit document zullen de termen eerstelijnspsycholoog/psycholoog/orthopedagoog, cliënt/patiënt & huisarts/psychiater afwisselend gebruikt worden.

2 www.netwerksara.be

3.1 Hoe gebeurt een correcte indicatiestelling voor ELP?

Een kwaliteitsvolle en effectieve eerstelijnspsychologische zorg vraagt een correcte indicatiestelling. Het vertrekpunt voor de indicatiestelling is steeds het **gesprek** tussen de patiënt en de huisarts

Een huisarts kan op basis van dit gesprek en zijn/haar **klinische inschatting/ervaring** deze indicatie stellen.

Er zijn een aantal **toetsstenen** geformuleerd (onder de vorm van vragen) die kunnen helpen bij het maken van een inschatting:

1. Lijkt de hulpvraag een antwoord te kunnen krijgen in 4 tot 8 sessies?
2. Zijn er levensdomeinen waarop de patiënt nog goed functioneert?
3. Wordt de patiënt al in andere zorgtrajecten op psychosociaal vlak begeleid?
4. Is er op meerdere levensdomeinen sprake van dysfunctioneren?
5. Is er sprake van suïciderisico?

Indien vraag (1) en/of (2) positief beantwoord worden, maar er is nood aan meer ondersteuning dan enkel door huisarts:

> Indicatie ELP

Indien vraag (3) (4) of (5) positief beantwoord worden?

> ELP mogelijk niet voldoende, een doorverwijzing naar gespecialiseerde partners is mogelijks aan de orde.

Het spreekt voor zich dat een echt verhaal nooit in dergelijke zwart/wit-tegenstellingen te vatten is. Zo kan het zijn dat de indicatiestelling wordt gekleurd door de **lijdensdruk** die aanwezig is. Het kan dus zijn dat iemand die op meerdere domeinen nog erg vlot functioneert, maar bijzonder veel lijdensdruk ervaart, toch baat heeft bij een eerstelijnspsychologisch traject. Ook **erkenning van de problematiek** en de **motivatie** om in begeleiding te gaan spelen een rol. Een patiënt moet immers bereid zijn om met een eerstelijnspsycholoog in gesprek te gaan.

Zoals reeds eerder aangegeven kunnen bovenstaande handvatten niet als harde criteria gehanteerd worden. Ook de ervaring en de *feeling* voor de problematiek bij de huisarts spelen een rol. Artsen die hun beoordeling graag valideren aan de hand van een meetinstrument vinden in bijlage 1 een handig overzicht terug. Deze meetinstrumenten zijn bovendien vrij te consulteren via de zorgpaden die de afgelopen jaren in Vlaanderen werden ontwikkeld.

Indien tijdens de sessies onderliggende problemen naar boven komen of indien de verwijzing niet correct lijkt te zijn ingeschat, zal de psycholoog contact opnemen met de huisarts. In dit overleg kan een verder plan van aanpak worden overlegd.

3.2 Welke informatie hebben arts en psycholoog van elkaar nodig?

Huisartsen vinden het belangrijk om de hulpverleners waar ze naar verwijzen te kennen. Dit verhoogt het vertrouwen in elkaar en verlaagt de drempel tot samenwerking.

Huisartsen vinden het belangrijk om de hulpverleners waar ze naar verwijzen te kennen. Dit verhoogt het vertrouwen in elkaar en verlaagt de drempel tot samenwerking. Een profiel van de psycholoog met achtergrondinformatie en foto op een elektronisch platform lijkt een eerste nuttig stap zijn, maar ook netwerkmomenten worden als zinvol ervaren. Verder zouden **huisartsen graag** meer **vertrouwdheid ontwikkelen** op het vlak van de verschillende behandelmethodes en voor welke problematieken ze geïndiceerd zijn. Naast een goede verwijzing kan dit immers zorgen voor een betere informatieverlening aan de patiënt.

De conventie bepaalt dat de klinisch psycholoog of orthopedagoog **overleg** pleegt met de verwijzende arts of psychiater en er verslag aan uitbrengt. Uiteraard dient dergelijk overleg steeds compatibel te zijn met de regelgeving inzake beroepsgeheim (cf. infra), dus enkel indien de cliënt zijn/haar akkoord hiertoe heeft gegeven en indien dit overleg in diens belang is.

Artsen hebben geen duidelijke voorkeur voor telefonische of schriftelijke communicatie. Telefonisch contact geeft de mogelijkheid om daadwerkelijk in dialoog te gaan. Schriftelijke communicatie is aangewezen om bepaalde informatie in het dossier te bewaren en biedt de mogelijkheid om de cliënt deelgenoot te maken van het overleg. De hulpverlener dient deze afweging te maken in het belang van de patiënt en diens traject. De meeste artsen geven de voorkeur aan een bondige verslaggeving.

Op volgende **drie sleutelmomenten** wordt contact tussen beide behandelende partijen als wenselijk ervaren.

Bij verwijzing door de arts, wordt de **eerstelijnspsycholoog** graag op de hoogte gebracht van de verzekeraar, de medicatie van de patiënt, de relevante voorgeschiedenis en hulpvraag. Voorlopig hebben psychologen geen toegang tot MyCareNet en zijn zij aangewezen op de arts om de verzekeraar, en dus het toe te passen tarief, te kennen.

Veel psychologen stellen de blik van de huisarts op de bestaande problemen op prijs. Het ICE-model³ kan artsen houvast bieden om bij verwijzing op gestructureerde wijze te communiceren over de klachten, bezorgdheden en verwachtingen. Sommige psychologen zijn echter bezorgd dat de huisarts te zeer een onbevangen blik zou inkleuren en vinden het zinvoller om tijdens de intake samen met de cliënt de hulpvraag te exploreren. Dergelijke verschillen zijn een realiteit binnen het werkveld. Elkaars professionele aanpak hierin leren kennen kan leiden tot een betere samenwerking. Als de arts de patiënt reeds op enige wijze psychosociale begeleiding heeft geboden, dan vernemen de psychologen dit graag van de betrokken arts. De **arts** verneemt na verwijzing graag dat de cliënt goed is aangekomen en dat de begeleiding werd opgestart.

Na afloop van de eerste 4 sessies moet de arts beoordelen of **verlenging van het behandeltraject** aangewezen is. Hiervoor baseert hij of zij zich in eerste instantie op de feedback die de patiënt zelf geeft over het effect van de gevolgde sessies, alsook op een terugkoppeling van de eerstelijnspsycholoog. Via

3 Via het ICE-model worden de *ideas*, *concerns* en *expectations* van patiënt en de huisarts in kaart gebracht.

een kort telefonisch of schriftelijk contact kan deze de arts inlichten over de evolutie in de klachten van de patiënt, de doelstellingen en de verdere opzet van de behandeling.

Op **het einde van het behandeltraject** verneemt de arts graag hoe de behandeling verlopen is, wat de evolutie is in de klachten van de patiënt en of verdere behandeling geïndiceerd is en welke aandachtspunten er zijn voor de toekomst.

Bovenop deze drie sleutelmomenten vindt de arts overleg ook aangewezen in het kader van het voorschrijven van **medicatie of arbeidsongeschiktheid**. De visie van de eerstelijnspsycholoog wordt door artsen als een meerwaarde beschouwd en is richtinggevend bij het nemen van dergelijke beslissingen. De arts verneemt zijn/haar advies dan ook bij voorkeur rechtstreeks van de psycholoog, en niet enkel via de patiënt. Voor de meeste psychologen daarentegen is het bij opstart van medicatie of arbeidsongeschiktheid voldoende om door de patiënt op de hoogte gehouden te worden, tenzij er sprake is van onduidelijkheden of uiteenlopende visies.

Eerstelijnspsychologen signaleren dat het binnen het huidige kader nauwelijks haalbaar is om systematisch op al deze momenten in overleg te gaan met de huisarts. Zij zijn eerder geneigd om de voorziene rapportage te laten plaatsvinden op een ad hoc basis: wanneer dit het meest aansluit bij de noden van de cliënt en diens proces. Zij nodigen artsen eveneens uit om contact op te nemen als buiten de voorziene verslaggeving bijkomende toelichting gewenst is over het proces van hun patiënt.

3.3 Wat houdt eerstelijnspsychologische zorg in?

De terugbetalingsregeling staat open voor **masters in de klinische psychologie en orthopedagogie**. De eerstelijnspsycholoog dient daarnaast te beschikken over **drie jaar klinische ervaring**.

Eerstelijnspsychologische zorg wordt binnen de conventie gedefinieerd als (een reeks van) kortdurende interventies gericht op twee of meer van onderstaande doelstellingen:

1. diagnostische inschatting van de aanwezige problemen;
2. algemene psychologische zorg;
3. oplossingsgerichte behandeling, begeleide zelfhulp, psycho-educatie;
4. bevorderen van de zelfredzaamheid;
5. doorverwijzing bij complexe problematiek

Deze definiëring kan zeer ruim opgevat worden. De methodiek wordt niet gespecificeerd en wordt overgelaten aan de autonome beroepsuitoefening van de psycholoog.

Eerstelijnspsychologische zorg focust namelijk op een krachtgericht en **kortdurend traject**. Van de eerstelijnspsycholoog wordt daarom een flexibele, pragmatische houding verwacht waarbij de bestaande methodieken op eclectisch wijze en op maat van de cliënt toegepast worden.

In de praktijk zien we dat de meeste eerstelijnspsychologen zich doorheen hun loopbaan verdiept hebben in een of meerdere **behandelmethodes**. Hierdoor bestaat er in het werkveld een grote **diversiteit** in achtergrond van de hulpverlener en in het kader dat zij hanteren. In de context van een beperkt aantal sessies wordt verondersteld dat de achtergrond van de psycholoog minder doorweegt. Eerstelijnspsychologische zorg focust namelijk op een krachtgericht en **kortdurend traject**. Van de eerstelijnspsycholoog wordt daarom een flexibele, pragmatische houding verwacht waarbij de bestaande methodieken op eclectisch wijze en op maat van de cliënt toegepast worden.

De **werkrelatie** tussen psycholoog en cliënt heeft een groot aandeel in het behandelresultaat van psychotherapie. Ook voor kortdurende eerstelijnspsychologische zorg kan verwacht worden dat de spreekwoordelijke 'klik' tussen cliënt en hulpverlener een belangrijke impact heeft. De

eerstelijnspsycholoog persoonlijk kennen geeft de huisarts meer voeling over bij welke hulpverlener een patiënt zich wellicht goed kan voelen.

3.4 Hoe correct omgaan met het beroepsgeheim?

Binnen het eerstelijnspsychologische model van de Federale overheid, dus met verplichte verwijzing door de arts, is er automatisch sprake van een gezamenlijke zorgcontext. Sinds de invoering van de GDPR, en mits een correct beheer⁴ ervan, is het in principe zonder akkoord van de cliënt mogelijk om relevante informatie uit te wisselen indien dit kadert in de beoefening van gezondheidszorg.

De eerstelijnspsycholoog is echter ook gebonden aan de deontologische code⁵ van de Psychologencommissie die stelt dat de psycholoog op eigen verantwoordelijkheid vertrouwelijk gegevens kan delen bij voorafgaand akkoord van de cliënt, uitsluitend in diens belang, beperkt tot wat strikt noodzakelijk is, en alleen met personen die aan het beroepsgeheim onderworpen zijn. Cliënten zijn meestal vragende partij om informatie over het behandelverloop te delen met de verwijzend arts. Soms wenst de cliënt echter dat het vertrouwelijk karakter van de gesprekken geheel of gedeeltelijk bewaard blijft.

In het kader van beroepsgeheim is een veilig medium om de informatie te delen onontbeerlijk. Verslaggeving per post is algemeen ingeburgerd binnen de gezondheidszorg, maar wordt door de zorgverstrekkers als minder gebruiksvriendelijk ervaren. Verslagen mogen enkel op versleutelde wijze via email bezorgd worden. In de praktijk zien we dat de eerstelijnspsycholoog doorgaans telefonisch overlegt, of de verslaggeving door de cliënt aan de huisarts laat bezorgen. Er bestaat een **grote nood aan een beveiligd digitaal communicatieplatform**, maar het gebruik hiervan wordt belemmerd door een financiële drempel voor de eerstelijnspsycholoog. Beleidsmatig zal ervoor gepleit worden dat de overheid zijn verantwoordelijkheid hierin opneemt. In bijlage 2 is een overzicht van beveiligde digitale communicatiekanalen terug te vinden. Het domein van E-health is in volle ontwikkeling. In de komende jaren worden belangrijke evoluties verwacht.

Naast inhoudelijke uitwisseling met de huisarts vindt er ook een administratieve overdracht van patiëntengegevens met administratieve en controlerende instanties plaats. Voor zelfstandig werkende psychologen en orthopedagogen roept deze nieuwe realiteit bezorgdheden op. Medewerkers van diensten zoals de boekhouding of het RIZIV zijn echter ook gebonden aan het beroepsgeheim of een contractuele discretieplicht, waardoor het verstrekken van deze gegevens geen overtreding van het beroepsgeheim inhoudt.

3.5 Wat houden controles door het RIZIV in?

Terugbetaalde orthopedagogen en psychologen krijgen voor het eerst een RIZIV-nummer toegewezen voor hun verstrekkingen, een historisch moment voor de beroepsgroep. Vanzelfsprekend zijn verstrekkingen binnen de conventie gebonden aan een regelgeving. De RIZIV-controles gaan na of de terugbetaalde zorgen effectief hebben plaatsgevonden én conform de voorwaarden zoals bepaald in de RIZIV-conventie zijn verlopen.

De psycholoog moet een dossier bijhouden met de identificatiegegevens van de patiënt en verwijzer, het verwijzvoorschrift en de omschrijving van de problematiek en antecedenten. Het dossier moet ook een register bevatten van de gerealiseerde sessies met een korte inhoudelijke beschrijving, van overleggesprekken met de arts en doorverwijzingen die hebben plaatsgevonden.

4 www.compsy.be, dossier: General Data Protection Regulation – een stappenplan voor psychologen.

5 www.compsy.be/nl/deontologie-wetgeving

Wat betreft de controle over de inzet van middelen kunnen verschillende inbreuken vastgesteld worden. Vooreerst kan een sessie als *'niet verricht'* worden beschouwd, bijv. bij ontbreken van verwijfsbrief, betalingsbewijs, notities van de sessie. Ten tweede kan de sessie als *'niet conform'* worden ingeschaald, bv. als uit de notities geen kortdurend opzet in het kader van eerstelijnspsychologische zorg blijkt, of als de patiënt niet aan de criteria voor ELP voldoet. Tot slot kan er sprake zijn van een *administratieve inbreuk*. Er zijn 4 niveaus van overtredingen, afhankelijk van de ernst en intentionaliteit van de inbreuk: 'vergissing', 'misbruik', 'fraude' en 'corruptie'.

3.6 Einde van het behandeltraject

Het traject kan op uiteenlopende manieren eindigen: er kan sprake zijn van een afgeronde behandeling, van drop-out of er kan nood zijn aan verdere behandeling. De tijdslimiet van het traject aan terugbetalingstarief dient van bij aanvang en doorheen het traject ingebracht te worden.

In ideale omstandigheden vond in de loop van maximaal acht sessies voldoende evolutie plaats zodat de **behandeling** kan **afgerond** worden en de cliënt terug op eigen kracht verder kan. Dit beslissingsproces verloopt doorheen het traject in dialoog met de cliënt. Vlaams Onderzoek⁶ heeft uitgewezen dat bijna de helft van de cliënten afdoende geholpen is met een kortdurend en generalistisch behandeltraject.

Drop-outs kunnen verschillende betekenissen hebben, zoals: veranderde levensomstandigheden, lage motivatie, verbetering van de klachten of ontevredenheid over de behandeling. Met het oog op kwaliteitsbewaking worden de eerstelijnspsychologen graag geïnformeerd over wat de achterliggende reden is. Indien de cliënt dit nalaat, kan het wenselijk zijn dat de huisarts zijn patiënt aanspoort om alsnog in dialoog te gaan met de eerstelijnspsycholoog. Het model biedt de mogelijkheid om indien nodig te heroriënteren naar een andere eerstelijnspsycholoog, waar de resterende sessies kunnen plaatsvinden.

Voor alle RIZIV-verstrekingen geldt dat enkel feitelijk geleverde prestaties vergoed worden.

Voor alle RIZIV-verstrekingen geldt dat enkel feitelijk geleverde prestaties vergoed worden. Indien de patiënt zonder verwittiging niet op de afspraak verschijnt, is er sprake van een **no-show**. De tijd die psychologen voor hun cliënten reserveren bedraagt 45 tot 60 minuten met een aanzienlijk inkomensverlies tot gevolg. Wettelijk gezien mag de psycholoog een schadevergoeding voor niet-geannuleerde sessies aanrekenen op voorwaarde dat dit uitdrukkelijk en vooraf werd meegedeeld en op voorwaarde dat de cliënt hier expliciet mee akkoord gaat. Deze vergoeding mag echter niet aangerekend worden in geval van overmacht (ziekte, autopech,...)⁷.

Het eerstelijnspsychologisch traject zal regelmatig tot onvoldoende verbetering van de klachten leiden. Ook gebeurt het dat onderliggende of bijkomende problematieken blootgelegd worden. Indien **verdere behandeling** aangewezen is, dan kan het eerstelijnspsychologisch traject naadloos overgaan in psychotherapeutische zorg bij dezelfde psycholoog. Hiervoor dienen echter enkele overwegingen in beschouwing genomen te worden.

Vooreerst moet steeds nagegaan worden of het psychotherapeutisch aanbod van de psycholoog geschikt is voor de hulpvraag die op tafel ligt. Specifieke problematieken die baat hebben bij een gespecialiseerde of intensieve opvolging dienen naar de juiste zorgvorm verwezen te worden.

Een tweede overweging betreft de financiële mogelijkheden van de cliënt. Helaas ontstaat na acht sessies alsnog een verschil op basis van inkomen in toegankelijkheid van de zorg. Het is niet geoorloofd

6 Onderzoeksrapport naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen (Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2015)

7 <https://www.compsy.be/nl/mag-u-van-uw-client-een-verzuimvergoeding-eisen-voor-gemiste-sessies>

om verdere hulp te verlenen aan cliënten voor wie dit financieel niet of moeilijk haalbaar is. Deze groep van cliënten dient verwezen te worden naar gesubsidieerde centra met soms lange wachtlijsten. Er is nood aan overleg tussen de stakeholders van de GGZ om de schakeling tussen eerstelijnspsychologen en gesubsidieerde centra te stroomlijnen. Dit wordt beleidsmatig verder opgenomen. De huisarts vervult in deze gevallen zijn rol als poortwachter en dient de cliënt indien nodig op te volgen gedurende de eventuele overbruggingstijd.

3.5 Conclusie

Het project 'terugbetaling eerstelijnspsychologische zorg' van de federale overheid is een belangrijke stap voorwaarts. De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn wordt structureel verbeterd voor volwassenen met milde psychische klachten op het vlak van depressie, angst of alcoholgebruik.

Om tot een gedegen implementatie van dit nieuwe zorgaanbod te komen, werd een werkgroep Interdisciplinaire Samenwerking opgericht. De betrokken beroepsgroepen (psychiaters, huisartsen, psychologen, orthopedagogen) trachtten tot een gemeenschappelijk inhoudelijk verhaal te komen. Deze vruchtbare samenwerking leidde tot een lokaal werkmodel voor eerstelijnspsychologische zorg met richtlijnen voor indicatiestelling, suggesties voor informatie-uitwisseling en een conceptualisering van eerstelijnspsychologische zorg.

Enkele knelpunten kwamen daarbij aan de oppervlakte en zullen door het netwerk aan de overheid gesignaleerd worden. Het betreft o.m. de ontoereikende budgettering van het project, de nood aan een digitaal platform voor communicatie tussen arts en psycholoog en de moeizame doorstroming tussen eerste en tweede lijn in de GGZ.

Doorheen de dialoog werd veel gemeenschappelijke grond gevonden voor kwaliteitsvolle eerstelijnspsychologische zorg. Het belang van de cliënt was voor iedereen rond tafel richtinggevend. Maar in de gesprekken werd ook de aanwezige diversiteit binnen en tussen de beroepsgroepen weerspiegeld. Verschillen zijn een realiteit in het werkveld. De werkgroep mocht ervaren dat elkaar leren kennen en begrijpen in ieders professionele handelswijze hierop een waardevol antwoord kan zijn. Er werd beslist om de interdisciplinaire netwerkmomenten verder te zetten. De dialoog van het praktijkveld biedt een waardevolle inkijk in het verdere verloop van het project en verbetert de professionele samenwerking.

Veel dank aan alle deelnemers die dit project mogelijk hebben gemaakt! Zonder jullie belangeloze inzet was deze "wegwijzer" niet het rijke en genuanceerde rapport geworden, dat het vandaag is.

Meer weten? Check volgende bronnen:

www.netwerksara.be

www.psy107.be

Bijlage 1

Meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling

Psychische klacht	Meetinstrument	Bron
Angst	GAD-7	www.zorgpad-alcohol.be
Depressie	PHQ-9	www.zorgpad-depressie.be
Alcoholgebruik	AUDIT	www.zorgpad-alcohol.be

Bijlage 2

Overzicht van veilige digitale communicatiekanalen

Toepassing	Omschrijving	Kost	Opmerking
eHealthBox	Beveiligde elektronische brievenbus (federale overheid)	gratis	voor zorgverleners met RIZIVnummer
Vitalink	Digitaal platform voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens (Vlaamse overheid)	gratis	softwarepakket nodig
Mijngezondheid	Delen van gezondheidsgegevens	gratis	toegang via patiënt
Mediris	Delen van informatie met andere hulpverleners via EHealth	betalend	
Care Connect	Delen van informatie met andere hulpverleners via EHealth	betalend	
Siilo	Beveiligde 'whatsapp'	gratis	voor korte berichten
Protonmail	Verzenden van versleutelde email	gratis	
Ziiver	Verzenden van versleutelde email	betalend	