

Trage en falende datacommunicatie via Landelijk Schakelpunt



Dit artikel wordt ook op 1 juni 2015 op www.huisartsvandaag.nl gepubliceerd

Hoe gaat het nu eigenlijk in de praktijk met het uitwisselen van medische data via het Landelijke SchakelPunt (LSP)? Met alle propaganda rond de zegeningen van het LSP door de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) is het ook zinnig een keer kijken waar het zo al mis gaat. Functioneert het allemaal wel zo vlot en foutloos? Zijn de opgevraagde data wel betrouwbaar?

Trage bevraging

Het opvragen via het LSP verloopt vaak niet vlot. Ook huisartsen die voorstanders zijn van het LSP laten weten dat het opvragen van informatie vaak traag verloopt. Het is geen geheim meer dat op huisartsen-posten(HAP-pen) van de mensen, die bij de assistente elektronisch in de wachtrij gezet worden voor een consult op de HAP, standaard via het LSP de medische data opgevraagd worden. Dit staat los van de vraag of de dienstdoende huisarts überhaupt die data nodig heeft. Het opvragen van de data als het consult daadwerkelijk plaatsvindt werkt namelijk veel te vertragend. Er wordt dus veel meer opgevraagd aan data dan strikt genomen noodzakelijk is voor de

zorgverlening.

Ook aan de kant van de Huisarts Informatie Systemen(HIS-sen) kan het soms mis gaan. Zo werd in november 2014 door een HIS-producent aan zijn gebruikers gemeld dat het verwerken van een data-aanvraag via het LSP binnen dat HIS soms zo traag verliep dat er een zogenaamde time-out-error ontstond. Daardoor gingen er geen data naar de opvragende zorgaanbieder. Dit jaar werd door dezelfde HIS-producent gemeld dat ondanks de aanwezigheid van een zogenaamde Professionele Samenvatting(PS) van de medische voorgeschiedenis van de patiënt in circa 5 % van de gevallen toch geen PS beschikbaar werd gesteld door dat HIS voor inzage via het LSP. De opvragende zorgaanbieder krijgt dan geen informatie die wel bestaat bij de bron.

Grote fouten

Bij het opvragen van medicatie via het LSP tussen huisarts en huisartsenpost kwam het dit voorjaar bij een HIS voor dat geneesmiddelen niet correct getoond werden bij de opvragende arts. Dat bleek te berusten op het verkeerd vertalen door de software van de cijfercode die bij dat medicament hoort. Er werd dus iets anders aan de opvrager getoond dan daadwerkelijk voorgeschreven en dus gebruikt was door de patiënt. Via het LSP wordt namelijk niet de naam van een medicijn doorgezonden, maar een code. Als die code verkeerd vertaald wordt dan ziet de opvrager iets anders dan er in het bevraagde HIS staat. Ook als er bij een huisarts de etikettekst of de dosering naderhand gewijzigd werd, kwam het voor dat die mutaties niet doorkwamen bij de opvrager. Daardoor kon vitale informatie ontbreken.

Persoonsverwisselingen

Veel zorgelijker zijn persoonsverwisselingen door verkeerde koppelingen van het burgerservicenummer(BSN) aan een bepaalde persoon. Dat gebeurde begin dit jaar bij de communicatie tussen de Sectorale Berichten voorziening in de Zorg(SBV-Z) en

een HIS. De SBV-Z is een dienst van het ministerie van VWS en levert op betrouwbare wijze burgerservicenummers aan de zorgsector. Het volgende ging mis. Bij het ophalen van patiëntgegevens bij SBV-Z op basis van het BSN werd een verkeerde achternaam in de woonverbandgegevens gezet. In andere gevallen werd bij een bestaande patiënt bij het ophalen en verifiëren van het BSN via SBV-Z een verkeerd BSN aan de patiënt gekoppeld. De HIS-producent zei dat dit iets was buiten de LSP-functionaliteit, maar dit heeft toch wel heel grote consequenties voor het opvragen van medische data via het LSP. Als bij een patiënt het BSN-niet klopt bij de naam dan worden gegevens van de verkeerde patiënt opgevraagd. Er zijn dan twee problemen. Ten eerste krijgt de opvrager de verkeerde data en ten tweede wordt wederrechtelijk inzage gegeven in medische data van een burger waarover de bevraging niet ging. Het probleem is inmiddels hersteld, maar het is toch erg zorgelijk dat zo iets kan gebeuren.

1899

Bij een aantal huisartsenposten die aangesloten zijn op het LSP doet zich bij gebruik van één bepaald HAP-softwarepakket een raar probleem voor. Er zijn ongeveer zestig huisartsenposten uitgerust met dat systeem. Als een huisarts die dienst doet op de post via het LSP gegevens opvraagt blijkt alle medicatie van de patiënt als startdatum 1899 te hebben. U leest het goed: een startdatum in de 19-e eeuw. Daardoor is wel te zien dat iemand iets gebruikt of gebruikt heeft, maar is het niet goed mogelijk te zien of voorgeschreven medicatie nog gebruikt wordt of al beëindigd kan zijn. Aan de informatie over de medicatie heeft de opvrager dus weinig. Over dit probleem hoor je huisartsen, die eigenlijk wel voorstander van het LSP zijn, hoofdschuddend vertellen. Naar mijn weten is het probleem nu nog niet opgelost.

Misplaatste trouw

Men zou verwachten dat de hierboven beschreven problemen als zo serieus ervaren worden dat er meer richtbaarheid aan gegeven wordt. Niets is minder waar. Huisartsen blijken vaak erg trouw aan hun eigen HIS c.q. HIS-leverancier en hangen de vuile LSP-was niet graag buiten. Hierbij kan ook spelen dat als men voorstander is van het LSP-gebruik de informatie over falende onderdelen als een dissonant klinkt die niet in de eigen compositie past. Een vorm van cognitieve dissonantie dus.

De gouden regel bij ICT-problemen is om daar open over te communiceren. Het onder de pet houden heeft geen zin. Problemen zoals ik hierboven beschreef verneem je namelijk uiteindelijk vroeg of laat toch via de zijlijn.

Open communicatie over problemen die zich voordoen met medisch dataverkeer is van het grootste belang, omdat zowel goede zorg en privacy erbij gebaat zijn. Uiteraard zal VZVZ als verantwoordelijke voor het LSP zeggen dat de beschreven problemen kinderziektes zijn. Dan moet u zich wel bedenken dat het ook uw eigen medische data zou kunnen betreffen.

Bij dit artikel dient u trouwens bedenken dat de beschreven problemen slechts de mij bekende zijn.

W.J. Jongejan, huisarts n.p., kritisch LSP-volger.

VZVZ poogt brand rond LSP-regelgeving te blussen



In de Eerste Kamer(EK) is op 26 mei 2015 het wetsontwerp 33509 niet behandeld. Het gaat om de Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). De vaste EK-commissie voor VWS had namens alle Kamerfracties aan de minister gevraagd om cijfermatig te onderbouwen hoe het met de toename van de regeldruk gesteld is bij invoering van deze wet. De minister was niet in staat om dit voor 26 mei te beantwoorden of zij koos ervoor dit over de vernieuwing van de senaat, afgelopen week, heen te tillen. Toename van de regeldruk ontstaat voor elke zorgaanbieder die op het Landelijk Schakel Punt(LSP) is aangesloten als de “gespecificeerde toestemming” van elke burger bij de zorgaanbieder vastgelegd moet worden. Dat wordt veroorzaakt doordat er naast de algemene, generieke, toestemming voor opvragen van medische data ook per zorgverlenerscategorie vastgelegd moet worden welke categorieën zorgaanbieders in- of uitgesloten moeten worden. Het gaat dan om per patiënt vele vinkjes zetten in het elektronische dossier bij de zorgaanbieder.

Artikel

De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) kwam op 28 mei 2015 met een artikel op haar website over de behandeling van het wetsontwerp waarin eigenlijk op alle onderdelen de waarheid geweld wordt aangedaan. Het past daarmee in de juichtaal en mooipraat, die men al lang daaromtrent bezigt. De motivering voor de verklaring is dat er op meerdere websites onjuiste en verwarrende berichten over de regelgeving zou staan.

Het punt wat alle fracties in de EK bij de regelgeving in 33509 dwars zit, is de forse toename van de regeldruk door het vastleggen van de opt-in-uitsluitingen. VZVZ rept daar nergens over in haar artikel en stelt daarbij dat “slechts enkele” Kamerleden bang zijn dat de burger het overzicht kwijt raakt over met welke categorieën er wel/niet medische data uitgewisseld mogen worden. Het is het bagatelliseren van een duidelijk probleem

Monopolie

In de aanhef stelt VZVZ dat het toestemmingsprincipe dat gehanteerd wordt in wetsvoorstel 33509 niet uitsluitend geldt voor het LSP-gebruik, maar voor alle elektronische uitwisselingssystemen.

VZVZ zegt:

“Het LSP is zo’n systeem, maar er zijn ook andere systemen. De discussie in de Eerste Kamer gaat dus niet per definitie over het LSP.”

Dat is bezijden de waarheid. Ten eerste is het wetsontwerp volledig toegesneden op het LSP. Hoewel er in het wetsvoorstel en de toelichting alleen gesproken wordt over “elektronisch uitwisselingssysteem” weet iedereen dat het ingediend is om het LSP-gebruik een wettelijke basis te verschaffen. Ten tweede heeft de rechtbank Midden-Nederland in het vonnis van de zaak VPHuisartsen versus.VZVZ (dd 23-07-2014) vastgesteld dat het LSP als uitwisselingssysteem de facto een monopoliepositie inneemt. (zie punt 4.4 in dit vonnis). Ten derde is het OZIS-uitwisselingssysteem dat gemaakt werd door marktpartijen (ook in binnen VZVZ verenigd), door hen uit de markt gehaald is ten faveure van het LSP. De bewering van VZVZ is ver bezijden de waarheid.

Begripsverwarring

VZVZ haalt nog een keer een oude koe van stal door te wijzen

op begripsverwarring rond de afkorting EPD (Elektronisch Patiënt Dossier). Men wil benadrukken dat binnen het LSP geen data worden vastgehouden en dat het begrip slaat op het elektronische zorgdossier bij de zorgaanbieder en niet een landelijk dossier is. In de Eerste Kamer bestaat blijkens het verslag in ieder geval geen verkeerd begrip over deze materie en in de media is daar thans nauwelijks misverstand over.

Privacy

Een alinea wordt gewijd aan hoe goed volgens VZVZ met technische en organisatorische maatregelen de privacy van de patiënt wordt gewaarborgd. Aardig is nu juist dat in de Eerste Kamer juist de VVD-fractie, de partij van minister Schippers, in recente vragen aan de minister stelt:

“Wat de bescherming van de privacy van de patiënt betreft, wordt door diverse deskundigen opgemerkt dat de autorisatie voor inzage in het systeem onvoldoende is. Het is immers niet vanzelfsprekend om ten aanzien van medische dossiers eenzelfde beveiliging te organiseren als voor andere elektronische gegevensopslag en de uitwisseling daarvan. In de gezondheidszorg is sprake van een systeem dat uiteindelijk iedereen aangaat en ook zeer privacygevoelig is. Het voorliggend wetsvoorstel regelt bijna niets of niets nieuws op het punt van een extra beveiliging wat de bescherming van de privacy van de patiënt betreft.”

Dat is duidelijke taal.

Werkbaarheid

Als laatste laat VZVZ weten geen voorkeur te hebben voor het wel of niet aannemen van wetsvoorstel 33509 en voorstander te zijn van een werkbare wetgeving voor zorgverlener en patiënt.

Uit de verklaring klinkt echter zonneklaar tussen de regels door de wens dat het wetsvoorstel aangenomen zou moeten worden. Constaterende dat alle EK-fracties van oordeel zijn

dat het wetsontwerp tot een onaanvaardbare toename van de regeldruk leidt op de werkvloer bij de zorgaanbieder, zou VZVZ dus op basis van kennelijke onuitvoerbaarheid tegen het wetsontwerp moeten zijn.

Aangezien de verklaring van VZVZ het volledig tegenovergestelde ademt, is mijn conclusie dat men zich wel degelijk zorgen maakt over de schermutselingen in de Eerste Kamer en daarom geruststellende taal probeert te bezigen om deze LSP-wetgevingsbrand te blussen.

W.J. Jongejan, huisarts n.p. en kritisch LSP-volger

Overheid oorzaak van geringe zorginhoudelijke ICT- ondersteuning van huisartsen



Ook geplaatst op www.huisartsvandaag.nl op
dinsdag 26 mei 2015.

De huisartsen in Nederland hebben de praktijkautomatisering al in een vroeg stadium voortvarend ter hand genomen. Er is geen huisarts meer te vinden die de medische gegevens van de patiënten op papier vastlegt. De verschillende Huisarts Informatie Systemen(HIS-sen) maken voortdurend veranderingen door. De producenten hebben daarvoor programmeercapaciteit beschikbaar, die helaas al ruim acht jaar niet zo ingezet kan worden dat de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen door ICT-ondersteuning er sterk op vooruit gaat.

Probleem

De programmeercapaciteit van de HIS-leveranciers zou voornamelijk ingezet moeten kunnen worden voor het zogenaamde zorginhoudelijke programmeren. Hiermee bedoel ik het verbeteren van de ondersteuning van het primaire proces: de zorgverlening aan de patiënt. Sinds medio 2005 wordt deze capaciteit echter voor een groot deel in beslag genomen door maatregelen die door de overheid bepaald worden. Die maatregelen hebben veelal een administratieve achtergrond en hebben met het primaire proces in de huisartspraktijk weinig te maken. Maar al te vaak kennen die overheidsbesluiten een lang discussietraject waardoor besluiten kort voor een deadline genomen worden. Zo kan het jaar op jaar voorkomen dat de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) eind december met een nieuwe tariefbeschikking komt die op 1 januari moet ingaan. Veelal ontvangt de huisarts van de HIS-leverancier de tarief-update enkele dagen voor de jaarwisseling en moet deze voor die datum op de computer installeren. De mate waarin de programmeercapaciteit voor overheidsmaatregelen ingezet moet worden is onvoorspelbaar. Bij de tarief-beschikking weet men nog dat die altijd in december komt en voor de jaarwisseling geïnstalleerd moet zijn, maar ander overheidsingrijpen is qua aard en omvang vaak grillig. Het aanstellen van extra programmeurs door HIS-leveranciers is op die basis dan ook economisch onverantwoord.

Majeure veranderingen

Sinds medio 2005 is er sprake van een groot aantal administratieve veranderingen in de zorg. De nieuwe zorgwet die op 1 januari 2006 van start ging kende grote inspanningen van de HIS-leveranciers om de HIS-sen er gereed voor te maken. Ik herinner me een periode eind 2005. In enkele maanden tijd moesten acht updates uitgevoerd moeten worden om mijn HIS zorgwet-proof te maken.

Na het invoeren van de zorgwet kwam het invoeren van het Burgerservicenummer, daarna kwam de invoering van het Landelijk SchakelPunt. Door verandering van het toestemmingsprincipe (opt-in i.p.v. opt-out) moest daar begin 2013 weer extra voor geprogrammeerd worden.

Begin 2014 zat een wijziging van de honoreringsstructuur van huisartsen in de pen die op 1 januari 2015 moest ingaan. Het ging om de implementatie van de honoreringssegmenten 1, 2 en 3. Om het programmeren in goede banen te kunnen leiden moesten de HIS-leveranciers voor 1 juli 2014 weten welke specificaties die nieuwe structuur had om de huisarts in staat te stellen per 1 januari 2015 correct te kunnen laten declareren. In het tweede half jaar van 2014 is daarom door de HIS-leveranciers veel tijd besteed om dit in te bouwen in de huisarts-informatie-systemen.

Aanpassingen van die systematiek zullen ook weer programmeercapaciteit vergen.

LSP

De Eerste Kamer worstelt al enige tijd met het wetsontwerp 33509, genaamd Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). Na een hoorzitting van veldpartijen(KNMG, LHV, VPHuisartsen, de heer van 't Noordende van de UvA, NPCF, Nictiz, VZVZ en RVZ) zijn alle fracties zich gaan realiseren dat het uitvoeren van het

wetsontwerp de facto onuitvoerbaar is. Bij gebruik van het Landelijk Schakel Punt(LSP) moet volgens dit wetsontwerp bij elke patiënt in het medisch dossier naast de generieke(algemene) toestemming om de gegevens opvraagbaar te maken voor een andere zorgaanbieder ook vastgelegd worden welke groepen zorgaanbieders uitgesloten moeten worden. Dat betekent het zetten van vele vinkjes per patiënt in een HIS. De HIS-sen hebben echter thans alleen de mogelijkheid om de generieke toestemming vast te leggen. Het programmeren van de differentiering van die toestemming per zorgaanbiederscategorie bij onverhoopte invoering weer extra programmeercapaciteit vergen.

Belemmering

Het intelligent inzetten van ICT in de huisartsgeneeskunde wordt door velen als een must gezien. Mede door internationale contacten leven er bij huisartsen veel gedachten hoe dat fraai vormgegeven kan worden. Dit proces dat door de HIS-leveranciers gefaciliteerd moet worden, kent een meer dan forse belemmering door voornoemd overheidsingrijpen.

Wil de huisartsgeneeskunde toekomstbestendig blijven dan zal de ICT-ontwikkeling op dat vlak ook de kans moeten krijgen op een normale wijze door te groeien.

Het is daarom belangrijk dat een overheid die de mond vol heeft over het stimuleren van slimme technologie zich ook realiseert dat door haar eigen handelen in hoge mate de ICT-ontwikkeling in de huisartsgeneeskunde belemmerd wordt.

W.J. Jongejan

Beschikt over het gebruik van het huisartsinformatiesysteem: MicroHIS en ondersteunt daarmee de leden van de MicroHIS-gebruikersvereniging OREGO

Dit artikel verschijnt ook op www.huisartsvandaag.nl

Eerste Kamer-commissie hekelst wetsvoorstel aangaande LSP



Ook geplaatst op www.huisartsvandaag.nl vrijdag 22 mei 2015.

De vaste Eerste Kamer(EK)commissie voor VWS organiseerde, zoals eerder gemeld, op 13 april 2015 een hoorzitting over het wetsontwerp 33509. De volledige naam is Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). VWS beoogt er het gebruik van het LSP een wettelijke basis mee te geven. Op die datum werd o.a. door KNMG, LHV, VPHuisartsen, de heer van 't Noordende van de UvA, NPCF, Nictiz, VZVZ en RVZ input geleverd. De commissie heeft bijzonder goed geluisterd naar wat op die hoorzitting door de belanghebbenden te berde is gebracht. Naar aanleiding van die informatie is een nader voorlopig verslag gemaakt waarin de diverse fracties van de Eerste Kamer weer nieuwe, en zeer diepgaande vragen aan de minister van VWS stellen. Naast dit verslag is een brief naar de minister gestuurd met de vraag of de minister met nauwkeurig cijfermateriaal kan aangeven wat de effecten zijn van dit wetsvoorstel op de regeldruk voor de zorgaanbieders. De perceptie van de regeldruk rond het LSP is voor de vaste EK-commissie voor VWS totaal anders dan het ministerie dat brengt in de toelichtingen op het wetsontwerp.

Regeldrukeffecten

Tijdens de hoorzitting werd duidelijk dat het uitvoeren van het begrip “gespecificeerde toestemming” voor de uitwisseling van patiëntgegevens een voor het veld onwerkbaar situatie veroorzaakt. In eerste instantie had het ministerie van VWS het bij het LSP-gebruik telkens over “de opt-in-toestemming”.

Dat is echter een algemene, generieke, toestemming waarbij de burger toestemming, zonder beperkingen, geeft om de medische data te doen opvragen in het kader van een behandeling. In het wetsontwerp 33509 van VWS werd plotseling het begrip “gespecificeerde toestemming” geïntroduceerd. Daarmee werd bedoeld dat naast de eerdere genoemde generieke toestemming er de mogelijkheid moet zijn om deze toestemming in te perken door die slechts te gaan laten gelden voor bepaalde categorieën van zorgaanbieders. Dit naar keuze van de patiënt. Een opt-out boven op een opt-in dus.

In de Tweede Kamer werd vervolgens bij amendement van Hanke Bruins Slot(CDA) bepaald dat uitsluitend de gespecificeerde toestemming gebruikt mocht gaan worden. Dat betekent de facto dat elke zorgaanbieder niet alleen de algemene toestemming moet vastleggen maar ook welke zorgaanbiedersgroepen uitgesloten dienen te worden. In de spreekkamer is het een onuitvoerbaar bezigheid om uit te vragen en vast te leggen wat de patiënt wel of niet wil.

Onuitvoerbaar

In het nader verslag na de hoorzitting is te lezen dat Kamer(EK)-breed door de fracties ernstig getwijfeld wordt over de uitvoerbaarheid van het wetsontwerp. Ook de fractie van de VVD, Schippers eigen partij, is die mening toegedaan. Ook ziet de VVD-fractie dat er wel degelijk een vorm van dwang richting artsen wordt toegepast door zorgverzekeraars om aan te sluiten op het LSP en opt-in-toestemmingen te verwerven. De partij zet grote vraagtekens bij de bescherming van de privacy van de patiënt. De VVD-fractie stelt dat het zeker niet vanzelfsprekend is om ten aanzien van medische dossiers

eenzelfde beveiliging te organiseren als voor andere elektronische gegevensopslag en uitwisseling ervan. Zelfs spreekt de VVD van het bijna niets of niets regelen op het gebied van een extra beveiliging met betrekking tot de privacy van de patiënt.

De PvdA-fractie laat weten in het wetsvoorstel geen voordeel voor de patiënt te zien, maar alleen nadelen. Ze vinden het bedenksel van de “gespecificeerde toestemming” zodanig ingewikkeld voor de burger dat die na verloop van tijd niet meer weet aan wie hij/zij toestemming heeft verleend.

De CDA-fractie benadrukt dat de Eerste Kamer het begrip uitvoerbaarheid van een wettelijke bepaling als een belangrijk toetsingsinstrument van een wetsvoorstel hanteert.

Vreemde suggestie

De CDA-fractie komt verder met een zeer apart suggestie. De fractie beschrijft hoe in het geval een patiënt slechts selectief gegevens ter opvraging beschikbaar wil stellen dit op gespannen voet kan komen te staan met adequate hulpverlening en de mate van patiëntveiligheid. De regering stelt dat in dat geval de zorgaanbieder de behandeling moet kunnen opzeggen. Het CDA komt met de suggestie om de zorgaanbieder de mogelijkheid te bieden om bij weigering van de patiënt om voldoende gegevens te delen die weigering te overrulen. Daarbij denkt het CDA aan een beroep op de Inspectie voor de GezondheidsZorg(IGZ). Het lijkt erop dat het CDA in dezen de reikwijdte van de wet nog verder wil verruimen en nog verder wil gaan in het doorbreken van de privacy met de IGZ als boeman.

SP

Het commentaar van de SP-fractie is verreweg het langst. Over de hoorzitting op 13 april zegt de fractie het volgende:

“Eigenlijk is door alle vertegenwoordigers vanuit het veld

betoogd dat het wetsvoorstel zo onoverzichtelijk, onbegrijpelijk en ingewikkeld is dat de patiënt niet echt geholpen wordt(Nictiz), dat de mate van complexiteit niet alleen de inzet van mensen en middelen bepaalt, maar daarmee ook de kans op fouten(VZVZ) en dat de wet op cruciale punten niet uitvoerbaar en over belangrijke zaken onduidelijk is(LHV)."

De SP-fractie zet ook terecht grote vraagtekens bij de juichcijfers van VZVZ over het aantal dossiers dat thans gedeeld wordt via het LSP en over de betekenis van het aantal geïnccludeerde BSN-nummers in de LSP-index. De cijfers van VZVZ geven namelijk al tijden een zeer vertekend beeld. Daarover berichtte ik eerder. Heel subtiel is de vraag van de fractie of de regering uiteen wil zitten wat het verschil is tussen opt-in, specifieke toestemming en gespecificeerde toestemming. Zoiets moet in een zo vergevorderd stadium van behandeling van een wetsvoorstel uit de wetstekst en diverse ministeriele toelichtingen al lang duidelijk zijn.

Vasthoudend

De vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer lijkt zeer sterk vast te houden aan de geplande plenaire behandeling op dinsdag 26 mei. De minister heeft als reactie op de brief gemeld dat ze inzake de toename van de regeldruk(toestemmingen bijhouden) externe deskundigen wil raadplegen en het onzeker acht of de behandeling van wetsvoorstel 33509 op 26 mei wel mogelijk is.. De commissie daarentegen houdt vast aan 26 mei, wil het antwoord van de minister uiterlijk 22 mei ontvangen en neemt daarover zelf contact op met de minister.

Werkvloer

Op de werkvloer is in de huisartssystemen het alleen maar mogelijk de generieke opt-in-toestemming vast te leggen. Enige specificering van de opt-in is niet mogelijk. Als wetsontwerp 33509 onverhoopt toch aangenomen wordt door de Eerste Kamer

zal er weer veel programmeer-capaciteit gaan zitten in het aanpassen van de HIS-sen. Dat gaat dan weer ten koste van het zorginhoudelijke programmeren dat al vele jaren het kind van de rekening is. Daarop zal ik later terugkomen.

Wim J. Jongejan, huisarts n.p., kritisch LSP-volger.

Eerste Kamer zeer kritisch over wetsvoorstel voor LSP

Geplaatst op vrijdag 10 april 2015 op www.huisartsvandaag.nl

Op 26 mei 2015 is in de Eerste Kamer de plenaire behandeling voorzien van het wetsvoorstel 33509.

De volledige naam van dit voorstel is Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). Volgens de aanhef van dit voorstel beoogt het de randvoorwaarden te regelen, waaronder veilige elektronische gegevensuitwisseling kan plaatsvinden en geeft het aan welke extra rechten en waarborgen voor cliënten van toepassing zijn bij elektronische gegevensuitwisseling en bij het beschikbaar stellen van gegevens via een elektronisch uitwisselingsstelsel.

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer heeft over dit wetsvoorstel een groot aantal vragen aan de minister van VWS gesteld die ze recent in een Memorie van Antwoord beantwoordde. Het grote aantal vragen liet al zien aan dat de Eerste Kamer nog kritischer en principiëler kijkt naar dit wetsvoorstel dan de Tweede Kamer.

Naast die vragen van de diverse fracties heeft de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer het noodzakelijk geacht om naar aanleiding van dit wetsvoorstel op 13 april 2015 een deskundigenbijeenkomst te organiseren in de plenaire zaal van de Eerste Kamer aan het Binnenhof.

Indringende vragen

Leden van meerdere fracties van de Eerste Kamer hebben indringende vragen gesteld over het wetsvoorstel. Men is er goed van doordrongen dat wetsontwerp 33509 helemaal toegesneden is op het legitimeren van het gebruik van het Landelijk SchakelPunt als enige medium voor grootschalige communicatie van medische data. Daarbij is men zeker niet uit het oog verloren dat het huidige LSP-gebruik eigenlijk een publiek/private doorstart is van het Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier(L-EPD) dat op 5 april 2011 door de Eerste Kamer unaniem afgewezen werd.

Generieke toestemming

De indringende vragen gaan onder andere over het toestemmingsprincipe dat bij de opt-in-toestemming van de patiënt gehanteerd wordt. Via het LSP is het niet mogelijk dat een patiënt aangeeft welke informatie voor een gekend doel wordt verstrekt aan een gekende derde(specifieke toestemming). Er wordt bij LSP-gebruik gevraagd om toestemming de hele professionele samenvatting van het huisartsdossier beschikbaar te stellen voor opvraging door een andere zorgaanbieder. Hooguit is een categorie van zorgaanbieders uit te sluiten.

De opt-in-toestemming die gevraagd wordt is dus een generieke toestemming en niet een specifieke. De minister komt in haar wetsontwerp met een zeer gekunstelde, semantische, constructie. Zij noemt de opt-in-toestemming, die de patiënt nu geeft ,opeens een gespecificeerde toestemming. Met die benaming wordt vervolgens het juridisch kader waarin de

toestemming ingebed zou moeten zijn behoorlijk opgerekt.

De VVD, minister Schippers eigen partij, is ook zeer kritisch ten aanzien van dit wetsvoorstel. Zij vraagt zich o.a. af hoe regionaal de uitwisseling eigenlijk wel is en wat de belasting van het opt-in-toestemming verwerven voor de huisarts is. Ook de VVD ziet dat er veel meer van de huisarts gevraagd wordt naast het leveren van zorg.

Deskundigenbijeenkomst

De deskundigenbijeenkomst wordt door de Eerste Kamer in samenwerking met het Rathenau-instituut georganiseerd op 13 april. Er zijn vier thema's die achter elkaar aan de orde komen:

1. Toestemming
2. Uitvoerbaarheid
3. Het LSP
4. Alternatieven

Bij die sessies krijgen de uitgenodigde organisaties 5 minuten de tijd om een inleiding te geven waarna er discussie volgt.

Voor het thema Toestemming zijn de Nederlandse Patiënt en Cliënten Federatie(NPCF), het Nictiz en de Universiteit van Amsterdam uitgenodigd. Hier passeren de volgende onderwerpen de revue: de geïnformeerde toestemming van de patiënt, het medisch beroepsgeheim, de toestemming gegevens te raadplegen en tenslotte de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst naast de Wet bescherming persoonsgegevens.

Bij Uitvoerbaarheid zitten de Landelijke Huisarts Vereniging(LHV), de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst(KNMG) aan tafel. Zij bespreken de één op één uitwisseling en de praktijkgevolgen van de toestemming.

Bij het thema LSP zitten de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie, als verantwoordelijk voor het LSP, en het College ter Bescherming van Persoonsgegevens aan tafel.

Daar staan op het menu: veiligheid, vrijwilligheid van aansluiting door zorgverleners en het toezicht op uitwisselingssystemen.

In de laatste sessie Alternatieven is de samenstelling nog niet volledig bekend bij het ter perse gaan van dit artikel. In ieder geval zit daar VPHuisartsen aan tafel. Het wordt in ieder geval zeer interessant, omdat daar alternatieven en bredere ontwikkelingen besproken worden.

Kritisch

Alleen al uit de samenstelling van de lijst van deelnemers aan de diverse sessies en de onderwerpen is af te lezen dat de Eerste Kamer niet over één nacht ijs wil gaan en het kraken van kritische noten niet schuwt. Al enige jaren terug heeft de Eerste Kamer het stoffige imago van zich af geschud en laat duidelijk zien dat het geen goedkeuringsmachine van wetten is. De plenaire behandeling van het wetsvoorstel staat, zoals eerder gezegd, gepland op dinsdag 26 mei 2015. Het zullen spannende dagen worden voor de minister van VWS.

Wim J. Jongejan, huisarts n.p. en kritisch LSP-volger