

Onbegrijpelijke “kwaliteitsactie” van VEKTIS per email



VEKTIS stuurde de afgelopen maand(juni 2015) zorgaanbieders, waaronder huisartsen, een email met daarin een aan te klikken link. Langs deze weg wil VEKTIS namelijk haar AGB-code-registratie verbeteren. Het is een zeer vreemde actie, omdat een dergelijke mail de indruk wekt phishing-mail te zijn en/of poging tot malware- besmetting van informatiesystemen van zorgaanbieders EN de mogelijkheid daartoe opent. Huisartsen die dit bevreemdde hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) terecht om uitleg gevraagd, waarbij deze de bal terugspeelde naar VEKTIS.

VEKTIS

Deze organisatie is op het gebied van informatie over de zorg een Trusted Third Party(TTP). Het levert informatie over gedeclareerde zorg, niet alleen op het niveau van zorgaanbieder of zorgverzekeraar maar ook aandoenings-gericht en om populaties te volgen. VEKTIS beheert ook het AGB-register waarin elke bij de zorgverzekeraars declarerende praktijken een eigen AGB-code heeft met daarnaast voor elke zorgaanbieder een persoonlijke AGB-code. AGB staat trouwens voor Algemeen Gegevens Beheer.

Zonder een dergelijke code kunnen de (elektronische) declaraties van zorgaanbieders niet verwerkt worden.

Om de praktijk- en persoonsgegevens van zorgaanbieders te verbeteren heeft VEKTIS zorgaanbieders per mail of per brief om nadere data gevraagd.

Verantwoordelijkheid

VEKTIS draagt als AGB-codes beherende organisatie en als TTP een zeer grote verantwoordelijkheid ten aanzien van de bij haar berustende gegevens. Evenzo heeft ze een grote verantwoordelijkheid ten opzichte van de systemen van zorgaanbieders. Een verantwoordelijkheid die te vergelijken is met een bancaire instelling. Banken en andere grote instituties benaderen hun klanten daarom nimmer via email en vragen zo zeker ook niet om informatie via een link in de mail omdat het een volstrekt onveilige manier is.

Ieder persoon die email gebruikt kent de hinderlijke spam-mail, zogenaamd van een bank, voorzien van een link waarmee malware op een systeem geplaatst wordt door malafide personen. Terecht meldden een aantal leden de vreemde mail aan de LHV met de vraag of het spam betrof. Deze meldt in een reactie aan de leden dat de mail inderdaad van VEKTIS afkomstig is en verwijst naar die organisatie zonder direct eigen oordeel over de kwaliteit.

De geruststellende woorden van VEKTIS op de [FAQ-webpagina](#) van www.agbcode.nl komen nogal naïef over:

“Is deze mailing geen SPAM of phishing?”

In het bericht staat een link naar een persoonlijke pagina. Op dit moment bereiken ons vragen of de mailing betrouwbaar is en of hier geen sprake van fishing of spam is. De mailing is geheel valide en betrouwbaar. Vektis maakt gebruik van een tool (MyClang) voor deze persoonlijke pagina.”

Veiligheidsrisico

Er hoeft maar één malafide persoon op te staan die zich per email voordoeft als zijnde VEKTIS met een zogenaamde link naar een persoonlijke pagina bij VEKTIS en de rapen zijn gaar bij de zorgaanbieder die dit betreft. Zorgaanbieders moeten door een grote organisatie die bij de zorg betrokken is niet in die positie gebracht worden. Het is in mijn ogen dan ook kwalijk dat VEKTIS niet met haar handelwijze stopt. De melding op de FAQ-pagina is een oproep de verzender van de email op zijn blauwe ogen te geloven en is derhalve volkomen insufficiënt.

Brief

VEKTIS benaderde zorgaanbieders deels per brief. Als in die brief verwezen wordt naar een met een certificaat beveiligde website en in de brief de wijze van inloggen wordt genoemd, bijv. met Digi-D, dan is dat in ieder geval een betere wijze van communiceren. Wat nu gebeurt is zeer onverantwoord voor de systemen van zorgaanbieders.

W.J. Jongejan

Voor reacties: zie sidebar op [de volgende pagina](#)

Medicatiebewaking via LSP onvolledig door probleem bij huisartsinformatiesysteem



Een speerpunt van VZVZ (Vereniging voor Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie) bij het propageren van het gebruik van het Landelijk SchakelPunt (LSP) is op dit moment de medicatiebewaking dmv de zogenaamde ICA-informatie. ICA staat voor interacties, contra-indicaties en allergieën. Naar nu bekend is blijkt de beoogde volledigheid van de medicatiebewaking een illusie te zijn door onvolledige beschikbaarheid van die informatie in tenminste één huisarts informatiesysteem (HIS).

Probleem

De producent van het HIS Medicom, PharmaPartners, liet recent aan de ruim 2000 gebruikers weten dat er een probleem is met

de doorgifte van de ICA-informatie via het LSP. In een HIS moet bij ingevoerde informatie over interacties, contra-indicaties en allergieën de code van de invoerende huisarts of apotheek als auteur staan om via het LSP correct bevraagd te kunnen worden. In het pre-LSP tijdperk werd in Medicom alleen de laatste mutatedatum vastgelegd en niet de auteur van de informatie. Na de start van het LSP is men, geautomatiseerd, gaan pogen een auteur, huisarts of apotheker aan de ICA-informatie te koppelen. Voor het goede begrip van deze acties moet men weten dat bij Medicom huisarts en apotheker eenzelfde database benaderen en niet beiden een standalone systeem hebben. Dat koppelen van een auteur aan de ICA-data blijkt zeker niet volledig gelukt te zijn. Er blijken volgens de servicedesk nogal wat situaties binnen Medicom te zijn waarin dat niet gelukt is.

Poging

Geprobeerd wordt nu binnen Medicom het aantal ICA-data dat geen auteur heeft tot een minimum te beperken met in achtneming van de richtlijnen voor het LSP-gebruik. Hiervoor zijn wat conversieslagen in de programmatuur nodig. Aangezien updates van Medicom vaak per kwartaal *plaatsvinden* zal de oplossing, voor zover die volledig en afdoende is, nog wat maanden op zich laten wachten

Advies

De servicedesk van Medicom komt als oplossing voor de onvolledigheid met enkele suggesties die ik hierbij afdruk.

" Mocht u opmerken dat u bepaalde gegevens niet via het LSP ontvangt, dan kan het ontbreken van een auteur een van de redenen zijn. De zorgaanbieder waarvan u het gegeven zou verwachten kan zelf in de details bij de ICA-gegevens zien of er een auteur is vastgelegd. Is dit niet het geval, dan is de verklaring van het niet uitwisselen daarmee gevonden. Hiernaast komt het nog steeds voor dat de patiënt onterecht denkt een opt-in te hebben afgegeven bij zijn eigen apotheek. In dat geval worden gegevens ook niet beschikbaar

Het blijft altijd van groot belang om bij het bevragen van het LSP te beseffen dat u mogelijk niet alle gegevens die bij een apotheek of artsenpraktijk beschikbaar zijn ontvangt. De medicatiebewaking kan hierdoor onvolledig zijn. Het blijft daarom belangrijk om steeds bij de patiënt te verifiëren of alle gegevens volledig zijn.”

Triest

In de tekst wordt eigenlijk gesuggereerd om bij het ontbreken van ICA-data bij opvraging via het LSP toch maar even rechtstreeks contact op te nemen met de huisarts die de brongegevens heeft vastgelegd om te zien of er een missende auteur is bij die data. In wezen wordt hier aangeraden om het bevragen van de data dus dubbel te doen.

Ook stelt men heel duidelijk dat de aanvragende huisarts bij LSP-berichten aangaande medicatiebewaking nooit zeker is van de volledigheid van die data. Tegenstanders en critici van het LSP weten dat al veel langer. Het is namelijk nooit zeker of de via het LSP verkregen data volledig zijn. Er kunnen data zijn die bij zorgaanbieders opgeslagen zijn die niet op het LSP aangesloten zijn, burgers kunnen hun opt-in-toestemming niet overal gegeven hebben, systemen kunnen offline zijn etc etc. Dit probleem wordt nu door het genoemde HIS zelf aan de gebruikers gemeld. Het is onzeker of dit niet bij andere huisartsinformatiesystemen speelt.

Het aparte is dat het LSP juist gepropageerd wordt om een verbeterde medicatiebewaking rond de patiënt te bewerkstelligen, maar het resultaat is een product dat alleen maar de onzekerheid vergroot.

Vroeger, voor het LSP, deden huisartsen het met uitgebreid bevragen van de patiënt. Nu met LSP wordt gevraagd hetzelfde de toen. Tel uit je winst.

W.J. Jongejan

Zorgverzekeraar CZ verliest half miljoen euro met “zorgrobot” Rose



Dit bericht verscheen ook op www.huisartsvandaag.nl op 24 juni 2015.

Het doek is op 1 juni gevallen voor zorgrobot Rose, meldt [SKI PR op 15 juni 2015](#). Er waren geen financiers meer te vinden voor een doorontwikkeling tot een bruikbaar product.

Vandaag wil ik eens analyseren wat Rose eigenlijk is, wat Rose zou moeten doen en hoe de ontwikkeling organisatorisch en financieel in elkaar steekt. Het laat zien hoe naast CZ ook andere zorgorganisaties er geld door verloren.

Rose

De naam Rose is een acroniem van Remotely Operated SErvice robot. De robot was bedoeld om lichte (thuis)zorgtaken bij patiënten te gaan vervullen, zoals het openen van een koelkastdeur, het pakken van voedsel uit de koelkast, het voedsel in de magnetron zetten en het aangeven van voorwerpen op verzoek van de patiënt etc.

Een goede indruk van wat men er mee wilde doen is te zien in het filmpje op de [website van ROSE-BV](#). Eigenlijk gaat het om buitengewoon simpele taken. Rose is helemaal geen zelfstandig opererende robot, maar wordt op afstand bestuurd door iemand die via een video en- geluidsverbinding in contact staat met de cliënt. Eén persoon zou in de ogen van de makers vijftien

van dergelijke robots kunnen aansturen.

Ontstaan

Rose is in eerste instantie rond 2009 ontwikkeld door een spin-off-bedrijfje van de Technische Universiteit Eindhoven onder naam TSR(Tele-operated Service Robot) in het kader van het project Pieken in de Delta. Door de TU Eindhoven en CBusineZ, een participatiemaatschappij van zorgverzekeraar CZ, werd daarna in 2013 het bedrijf ROSE b.v. opgericht die de "zorgrobot" verder ging ontwikkelen.

Wie betaalden?

De TU Eindhoven had 25% van de aandelen van ROSE b.v. De zorgverzekeraar CZ stopte er via haar participatie-vehikel CbusineZ een half miljoen euro in. Ook werd meebetaald door de thuisorganisaties Thebe, en Zuidzorg. Daarnaast was ook Siza uit Arnhem participant, een organisatie voor hulp aan mensen met een beperking. In het TSR-stadium ging er 2,8 miljoen euro in het project om, daarna bij ROSE b.v. nog eens één miljoen euro. Nu is de stekker eruit getrokken, maar er was minstens nog twee miljoen euro nodig geweest voor het prototype en productiemodel zou worden. Tot nu toe zijn drie prototypes gebouwd. Er blijken nu geen investeerders meer te vinden te zijn, die er verder geld in willen steken. Het wordt door ROSE b.v. geweten aan het investeringsklimaat, maar waarschijnlijker is dat niemand vertrouwen heeft in het werkelijk in bedrijf komen van dit soort robots. De geplande prijs van Rose was ongeveer 20.000 euro.

Wat stelde Rose voor?

Bij het bekijken van [foto's en videobeelden](#) valt eigenlijk direct op wat voor een lompe verschijning de robot is. Het is een fors bijna menshoog apparaat op kleine wieltjes met een tweetal robotarmen aan het einde voorzien van een grijper. Aan de voorkant van de systeemkast is een beeldscherm bevestigd in tablet-formaat waarop de cliënt de bediener van de robotarmen kan zien en daarmee kan communiceren. De robot heeft een vrij grote manoeuvreerruimte nodig en is traag in het bewegen. De

robotarmen zullen gezien de constructie geen voorwerpen van meer dan twee kilo kunnen dragen, vermoed ik.

Als ik de robot zie werken op de videobeelden, en me het beoogde doel voor ogen houdt, is het met een beetje gezond verstand op voorhand een kansloos apparaat. Het is alleen verbazingwekkend dat het zo lang geduurd heeft tot de stekker eruit getrokken werd.

Wat bezielde de geldschieters?

Van de TU Eindhoven is het nog enigszins voor te stellen dat men participeerde omdat het mede een leerschool was voor participerende, al dan niet afgestuurde ingenieurs. Van de participerende zorgverzekeraars en (thuis)zorgorganisaties is het allemaal moeilijker te vatten.

Het mogelijke scenario dat er in de toekomst bij een vergrijzende bevolking steeds minder mensen in de verzorging zouden komen te werken houdt en hield veel mensen bezig. Een overdreven vertrouwen in techniek en de oplossing die de techniek voor het probleem zou kunnen bieden heeft zich meester gemaakt van bestuurders van organisaties. Daardoor zijn ze gaan investeren in zaken die niet echt primair tot het doel van die organisaties behoren. Het doet denken aan de woningbouwcorporaties die investeerden in zaken die maar zijdelings met hun primaire doel te maken hadden.

Zorgverzekeraar CZ ziet van haar investering á een half miljoen euro niets terug. Het is in mijn ogen onbegrijpelijk dat een zorgverzekeraar zich met dergelijke projecten bezig houdt. Het geld had beter besteed kunnen worden aan directe medische zorg. Daar zijn de zorgpremies ook voor bedoeld.

Ook de thuiszorgorganisaties Thebe en Zuidzorg dienen zich, evenals SIZA eens achter de oren te krabben in een tijd waarin steeds meer op het personeel dat (thuis)zorg levert, wordt bezuinigd.

W.J. Jongejan

De afbeelding is niet van Rose

Minister VWS zelf oorzaak van niet voorleggen gedragscode EGIZ aan CBP



[In de Telegraaf van 18 juni 2015](#) staat een ronkend artikel over artsenorganisaties die een gedragscode voor elektronische data-communicatie in de zorg niet willen voorleggen aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). De Tweede Kamerleden Bouwmeester (PVDA) en Bruins Slot (CDA) spreken er schande van. Een nieuwe rel over elektronische communicatie van medische data lijkt geboren. Niemand lijkt te beseffen hoe één en ander in elkaar steekt. Het aardige van het verhaal is eigenlijk dat de minister van VWS zelf de oorzaak is van het niet voorleggen van de gedragscode aan het CBP. Het ligt allemaal wat subtieler. Ik zal pogen alles voor u op een rij te zetten.

EGiZ

Rond 2012 nemen een groot aantal organisaties uit de zorg waaronder de artsenkoepelorganisatie KNMG met medewerking van en met enige sturing van het ministerie van VWS het initiatief tot het opstellen van de gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg, kortweg EGiZ. Men ziet de noodzaak om tot enige vorm van een gedragscode te komen, omdat

na het mislukken van het L-EPD (Landelijk Elektronisch PatiëntDossier) een doorstart van het LSP-gebruik zonder wettelijke basis als ongewenst wordt gezien. Met veel inspanning komt men in juli 2013 met de [gedragscode EGiZ](#). Op pagina 3 van het document zijn de deelnemende organisaties te zien. Ook Nictiz zit erbij. In 2013 wordt die gedragscode naar het CBP gestuurd voor preliminair commentaar, maar nog niet officieel ter goedkeuring voorgelegd aldaar.

33509

In het najaar van 2013 blijkt er opeens iets anders te gebeuren. Dwars door het EGiZ-gebeuren heen, dat nota bene mede door VWS gefaciliteerd was, kwam minister Edith Schippers van VWS opeens met het wetsvoorstel 33509 op de proppen, waarmee het ministerie wel even een wettelijke verantwoord kader voor het gebruik van het Landelijk Schakelpunt zou scheppen. De gedragscode EgiZ werd door VWS opzij geschoven ten faveure van het wetsontwerp met de mooie naam: Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). Alle bij de gedragscode betrokkenen waren [zeer verbaasd](#). In de Tweede Kamer werd 33509 met de nodige amendementen aangenomen. In de Eerste Kamer zijn er bij alle fracties grote bezwaren omtrent de uitvoerbaarheid met name ten aanzien van de gevolgen het begrip gespecificeerde toestemming. VWS introduceerde dat begrip in 33509.

De minister kon recent niet op tijd antwoord geven op Eerste Kamer-vragen over de toe te nemen regeldruk voor zorgaanbieders door deze wet. Zij koos ervoor om de behandeling te laten voortzetten na de installatie van de nieuwe lichten Eerste Kamerleden. Het traject via de Kamers is nog niet ten einde.

Geen CBP

Omdat de minister zo duidelijk had laten merken geen boodschap aan de gedragscode te hebben, legden de opstellers van de gedragscode deze dan ook niet aan het CBP ter beoordeling voor. Het was immers zinloos als 33509 aangenomen zou worden. Voor de bühne vroeg Edith Schippers nog wel om de gedragscode voor te doen leggen aan het CBP, maar dat was toch wel erg opgelegd pandoer. Ik kan me de opstelling van de makers van de gedragscode ook ten volle voorstellen. Die staan nu nog steeds, terecht, op het standpunt dat eerst maar moet blijken of 33509 de eindstreep haalt, waarna er altijd weer verder gekeken kan worden.

Vermoorde onschuld

Nu 33509 het niet lijkt te halen in de Eerste Kamer speelt de minister de vermoorde onschuld. De KNMG en andere zorgkoepels stellen dat de minister voor 33509 bewust gekozen heeft en willen dus het traject via de Eerste Kamer gewoon afwachten. Het traject daar, zoals ik hiervoor vermeldde, is nog niet beëindigd. Het is niet bepaald opportuun om twee dingen door elkaar te doen die hetzelfde beogen te regelen.

Het is overigens heel wel mogelijk dat het artikel in de Telegraaf tot stand gekomen is na enige actie vanuit het ministerie van VWS. Waarom zou de krant uit zich zelf met zo iets abstracts komen? Gezien de aanzienlijke problemen die de minister in de Eerste Kamer ondervindt met het wetsontwerp 33509, is het denkbaar dat ze nu al een exit-strategie zoekt voor het geval het wetsontwerp definitief strandt. Door de aandacht af te leiden naar de zogenaamd "schandalige" artsenkoepels, probeert ze er dan zelf goed van af te komen en tegelijk de zwarte piet bij een ander neer te leggen.

Ik denk dat de historische context van al deze zaken de gemiddelde burger, maar ook Tweede Kamer-leden niet helemaal helder voor ogen staat is. De verontwaardiging die in de Telegraaf klinkt uit de mond van de Tweede Kamerleden is een uitvloeisel daarvan.

Historisch besef: hoe de vork parlementair in de steel zit blijft belangrijk.

W.J. Jongejan

VGZ blundert met spooknota's



Dit artikel is aangevuld op 19-06-2015

Zorgverzekeraar VGZ blijkt spook-acceptgiro's gestuurd te hebben aan mensen die niet bij haar verzekerd zijn. Dat bleek na ontvangst van een brief van VGZ die ik op 17 juni 2015 ontving. In de brief, gedateerd 31 mei 2015, van de afdeling creditmanagement bevond zich een acceptgiro van € 31,50, door mij te betalen aan VGZ. In het begeleidende schrijven stond dat ik één of meerdere vergoedingsoverzichten gekregen had met daarop de specificatie van het bedrag. Nu speelde er wel een groot probleem. Ik ben namelijk nooit bij VGZ verzekerd geweest en had dus ook nooit vergoedingsoverzichten gekregen.

Klantenservice

In het telefonisch contact met de klantenservice bleek al gauw

dat er geen rekeningoverzicht op mijn naam passend bij het in de brief vermelde klantnummer bestaat. Ook bij de afdeling creditmanagement was ik niet bekend. De dame van klantenservice deed nog een poging of ik misschien via een sub-merk van VGZ verzekerd was, maar dat moest ik ook ontzenuwen.

Ik heb haar kenbaar gemaakt dat ik mijzelf niet als uniek beschouwde en waarschuwde daarom ook voor een systeemfout, waar meer mensen last van konden hebben. Het leek haar niet erg waarschijnlijk. Na inscannen van brief en acceptgiro heb ik het verhaal nogmaals per mail in twee rondes aan VGZ voorgelegd.

Resultaat

Zojuist ontving ik een mail van VGZ, waarin zij excuses aanbieden voor het feit, dat er intern een storing is geweest waardoor men onterecht facturen heeft verstuurd. Meerdere mensen zullen dus last hebben van dit probleem. Blijft dan toch de vraag waarom een zorgverzekeraar een nota verstuurt aan mensen die niet bij hen verzekerd zijn. Er moet toch wel sprake zijn van een vreemde kronkel in het ICT-systeem van VGZ.

Relatie

De enige relatie, die ik met VGZ had, was als huisarts van een aantal patiënten in de huisartspraktijk die ik medio 2007 beëindigde. Het stoppen was destijds duidelijk met VGZ gecommuniceerd en de afgelopen acht jaren ontving ik nimmer correspondentie over voormalige praktijkzaken. De brief van VGZ was overigens niet gericht aan de huisarts (n.p.), maar aan mij als persoon met als onderwerp het vergoeden van zorg.

ICT-mix?/BSN-fout?

Het meest waarschijnlijke is dat het ICT-systeem van VGZ zorgvergoeding-acceptgiro's is gaan maken bij mensen die als

(voormalig) zorgaanbieder in hun systeem staan. Het is natuurlijk zeker niet uitgesloten dat er fouten zijn gemaakt met de invoer en controle van Burgerservicenummers, waardoor persoonsverwisseling heeft plaatsgevonden. Alert blijven is noodzakelijk.

W.J. Jongejan

19-06-2015: Inmiddels heeft VGZ middels twee tweets laten weten, dat door een eenmalige systeemfout zorgaanbieders ten onrechte acceptgiro's hebben ontvangen en heeft VGZ excuses aangeboden. Het blijft dan nog steeds vreemd dat een 8 jaar geleden gepensioneerde zorgaanbieder, die als huisarts niet meer in het BIG-register geregistreerd is, nog steeds als zorgaanbieder in het VGZ-ICT-systeem zit.

W.J. Jongejan

Curieus, LHV en VZVZ toch nog wel in gesprek over aansprakelijkheid betreffende LSP



Op 17-06-2015 staat op de website van de Landelijke HuisartsenVereniging (LHV) [het bericht](#) dat zij nog steeds in gesprek is met VZVZ over de aansprakelijkheid bij uitval of disfunctioneren van het Landelijk SchakelPunt(LSP). Op 11 juni schreef ik al een artikel over de wat schimmige berichtgeving betreffende dit onderwerp.

De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) heeft in 2013 de Algemene Voorwaarden bij de gebruiksovereenkomst met het Servicecentrum-VZVZ zo opgesteld, dat de er een minuscule aansprakelijkheid door VZVZ aanvaard wordt bij uitval of disfunctioneren van het LSP. Na heronderhandelingen door het nieuwe bestuur van de LHV verscheen op 10 juni kortdurend een bericht op de website van de LHV dat de onderhandelingen nauwelijks iets opgeleverd hadden en dat men het hoofd in de schoot legde. De aansprakelijkheid verzekeren was voor VZVZ veel te duur blijkens dat bericht. Ook werden per email de LHV-leden ingelicht.

In gesprek

Het bericht dat LHV -bestuur en VZVZ toch nog met elkaar in gesprek met elkaar zijn is wat curieus in het licht van eerdere berichtgeving door de LHV. Het kan zijn dat VZVZ de negatieve publiciteit over de niet geslaagde onderhandelingen als riskant beoordeelt en toch bijdraait. Op 10 juni was VZVZ alleen bereid een addendum aan de Algemene Voorwaarden toe te voegen. Dit addendum is niet door LHV of VZVZ gepubliceerd. Dat is op zich ook weer apart, omdat aangesloten individuele deelnemers aan het LSP de echte contractpartners zijn die tekenden. Het kan voor VZVZ riskant zijn omdat individuele deelnemers bij het zich realiseren van de beperkte aansprakelijkheid en de blijvende opstelling van VZVZ daarover wel eens de overeenkomst zouden kunnen opzeggen.

Waarom?

Het blijft een vraag waarom de LHV de berichtgeving over dit onderwerp zo vreemd heeft laten verlopen. Het publiceren van het mislopen van gesprekken en vervolgens dezelfde dag het bericht verwijderen is beslist geen sterke actie. Vaste bezoekers van de website valt het toch wel op dat een negatief bericht opeens verwijderd is. Mogelijk heeft de LHV door het eenzijdig publiceren van de afloop van gesprekken met

VZVZ gepoogd publicitair druk op de ketel te zetten, maar teruggefloten is door VZVZ.

Wat gaan de gesprekken opleveren? We zullen het gaan zien. Het is te hopen dat berichtgeving daarover helderder is.

W.J. Jongejan

Medische data nog steeds kortdurend onversleuteld in LSP-computer bij data-transport



Privacy staat naarmate overheden en andere organisaties haar steeds meer geweld aandoen, meer in de belangstelling. In dat kader lijkt het mij nuttig een niet wijd en zijd bekend fenomeen bij het Landelijk SchakelPunt(LSP) weer eens onder de aandacht te brengen.

In november 2012 presenteerde de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie(VZVZ) dat het LSP beheert, het [businessplan 2013-2016](#) . Daarin zijn tussen de regels door zaken te lezen die door VZVZ nooit openlijk gecommuniceerd zijn met de aangesloten zorgaanbieders. Het gaat om het feit dat tijdens het proces waarbij door een zorgaanbieder medische data worden opgevraagd deze korte tijd onversleuteld in de LSP-computer aanwezig zijn als ze van de bron onderweg zijn naar de opvrager.

Bron

In het genoemde businessplan van VZVZ op blz 52 onder hoofdstuk 4.1.3.3. (Benodigde product-ontwikkeling) staat dat men de Professionele Samenvatting(PS) van de huisarts wil gebruiken als basis voor het SEH(spoedeisende eerste hulp)-bericht.

Er staat: "Als alternatief is daarom op het LSP een proof of concept uitgevoerd met een centrale transformatie van de PS uit het HIS naar de SEH-standaard. Deze proef is succesvol verlopen en zou als tussenoplossing in de praktijk kunnen worden ingezet."

VZVZ noemt het een translatie(vertaal)-service. Zeer zorgelijk is, dat als men goed nadenkt, er geen samenvatting te maken is van een versleuteld bericht. Immers, als er medische data door een zorgaanbieder aangevraagd worden, vindt het datatransport van de bevraagde arts naar de aanvrager cryptografisch versleuteld plaats. Teneinde de professionele samenvatting om te vormen tot een SEH-bericht zal de PS ontsleuteld moeten worden binnen de LSP-serveromgeving alvorens het SEH bericht weer versleuteld verder gestuurd wordt. Tijdelijk is dus onversleuteld medische informatie van een individu op de LSP-server aanwezig. Voor het LSP koos men nooit voor een versleuteling die van bron tot opvrager continu bestaat. Wel koos men voor versleuteling van bron tot LSP, waarna het

bericht binnen het LSP onversleuteld bestaat en vervolgens weer gecodeerd naar de opvrager gaat.

Ketenzorgbericht

Bij nauwkeurige lezing van het business plan staat in hoofdstuk 4.1.8.(Ondersteuning ketenzorg) in subhoofdstuk 4.1.8.3 (Benodigde productontwikkeling) de volgende passage :

“ De huidige professionele samenvatting(PS) uit het huisartssysteem dekt de informatiebehoefte niet volledig af, maar kan via de LSP-transformatieservice omgevormd worden naar de verschillende actoren binnen de ketenzorg. Hiermee kan een tussenoplossing worden ontwikkeld, die het huidige OZIS bericht kan vervangen.”

Hieruit blijkt zonneklaar dat de VZVZ middels de “transformatieservice” zeer duidelijk ook bij de ondersteuning van de ketenzorg medische data die korte tijd onversleuteld in de LSP-server aanwezig zijn wil bewerken. Dat kan ook alleen in die toestand.

Verweer VZVZ

Een huisarts die destijds om inlichtingen vroeg, kreeg als antwoord:

“Er worden geen gegevens opgeslagen en er blijft niets achter. De transformatie vindt versleuteld en wel plaats.”

Dat men zegt de gegevens niet op te slaan doet aan het voorgaande niets af. Dat de transformatie versleuteld en wel plaats vindt, is op theoretische gronden niet te vatten. De kern van cryptografie is nu juist dat een bericht dat versleuteld is er volkomen betekenisloos uitziet en ook geen indeling laat zien. Dat verhaal klopte derhalve van geen kant. Nadien heeft VZVZ in de rechtszaak die de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen tegen haar aanspande wel degelijk erkend dat de medische data korte tijd onversleuteld op de

LSP-server bivakkeren. Men komt dan met de uitleg dat de data met opzet onversleuteld in de server aanwezig zijn om eventueel data die van meerdere bronnen afkomstig zijn bij de aanvrager in één bericht te doen aankomen. Vergoelijkend wordt gezegd dat het onversleuteld aanwezig van de data slechts enkele momenten betreft. De opzet van het systeem is dus nooit geweest om data, indien eenmaal versleuteld bij de bron, tijdens het volledige verzendtraject ongeopend te laten.

Oud nieuws?

Bovenstaande informatie mag misschien oud nieuws lijken, maar is nog steeds zeer actueel in het licht van alle aandacht voor privacy-zaken. Te meer daar het Amerikaanse bedrijf dat het LSP bouwde en onderhoudt onder de Patriot-wet valt. Vanuit het privacy-oogpunt wil ik deze materie nog maar weer eens onder de aandacht brengen, omdat naar mijn indruk weinig mensen zich realiseren dat het onversleuteld korte tijd aanwezig zijn van medische data een privacy-probleem is.

W.J. Jongejan

**Zora: 15000 euro voor een
kwetsbare buiksprekende
“zorg”-robot**



Vaak gaat het bij de ICT in de zorg om grote systemen. Deze keer eens een artikel over iets kleins, dat wel veel geld kost en per saldo weinig voorstelt. Het laatste jaar hebben veel media zonder uitzondering positieve artikelen geplaatst over de introductie van Zora, een zogenaamde ultramoderne zorgrobot. Even op het [internet](#) zoeken met die [twee zoektermen](#) levert [meerdere pagina's](#) aan [hits](#) op. Het gebruik van de zorgrobot wordt gebracht als een zegen voor dementerende bejaarden en ook voor autistische kinderen. Waar gaat het eigenlijk om bij iets wat zo omhoog geschreven, gehypet, wordt?

Naam

De robot van 57 cm hoog is een zogenaamde humanoïde robot, zich "lopend" voortbewegend en uitgerust met armen, benen en een soort hoofd. Nu is lopen een groot woord, want het voortbewegen gaat in een tergend langzaam tempo met heel kleine stapjes. De naam heeft de robot gekregen van het Belgische bedrijf QMBT Creative Solutions die hem te koop aanbiedt. Op [de website van QMBT](#) staat dat de robot niet door hen ontworpen is ,maar door het Franse bedrijf Aldebaran die hem onder de naam Nao produceert. QMBT past de software van de computer in Nao aan en brengt hem als "mensrobot" op de markt voor bejaarden, autistische kinderen en afdelingen in ziekenhuizen, zoals kindergeneeskunde,, neurologie en revalidatie. Men zegt de naam bedacht te hebben door de eerste letters van de woorden zorg, ouderen, revalidatie en animatie.

Uitrusting

De robot is uitgerust met twee videocamera's, vier, microfoons(voor "richting horen"), één sonar-afstandsmeter, twee luidsprekers, LED-verlichting en een spraaksynthesizer. Eén CPU(central processor unit) zit in het hoofd en één in de romp. Het besturingssysteem is Linux. Eén camera scant de horizon, de andere doet dit voor de directe omgeving. De beelden worden doorgestuurd naar iemand in de omgeving achter

een laptop, maar daarover later meer. De makers realiseren zich namelijk ook dat “zien” een functie is die berust op het interpreteren van wat geregistreerd wordt. Het robotje kan dankzij wat algoritmen gezichten en vormen herkennen en een bal terugvinden die verplaatst is bijvoorbeeld. De ingebouwde accu zorgt dat alles ongeveer anderhalf uur werkt. Daarna moet Nao/Zora weer aan het stroominfuus, de oplader.

Inzet

Bij het bekijken van de website van de firma die Zora in de markt zet, krantenberichten en videofragmenten blijkt dat Zora staand op een tafel ingezet wordt voor het voordoen van simpele bewegingsoefeningen voor bejaarden(al dan niet dementerend), daarnaast als gezelschapsvervanging bij de bejaarde op patiënt op schoot of schuifelend door kamer, gang of kapel. Om de robot een handje te geven moet de bejaarde danig bukken, wat toch sneu oogt. Een slecht lopende patiënt is trouwens altijd nog sneller in het zich verplaatsen dan een “lopende” Zora. Ook trekt Zora de balletjes van de bingo. De argumenten bij de inzet zijn afleiding, het geven van extra aandacht, het uit de eenzaamheid halen en stimuleren van bewegen.

Personeel

Wat opvalt bij alle foto's en videofragmenten is dat eigenlijk onveranderd een personeelslid van de verzorging aanwezig is, die toekijkt of alles wel goed verloopt. Ook bij de bewegingsoefeningen is op de achtergrond iemand aanwezig om bijv. de robot een oefenstok in de elektronische knuistjes te geven. Al bij oppervlakkige beschouwing valt op hoe kwetsbaar Zora is met de meerdere door servomotoren aangedreven gewrichten. Het is niet ondenkbaar dat een patiënt de ledematen etc. met enige kracht beroert en daarmee schade veroorzaakt.

Buikspreker

In de tv-documentaire van de [E0's Dit is de dag " Nooit meer eenzaam met Zora, een zorgrobot"](#) wordt de robot uitgebreid in beeld gebracht. Er lijkt dan sprake van interactie tussen de robot en de dementerende bejaarde die met elkaar praten. Maar wat blijkt al kijkende? Wat de patiënt tegen de robot zegt wordt draadloos doorgezonden naar een verzorgende, die elders in het pand achter een laptop zit. De verzorgende typt vervolgens een antwoord op de laptop wat Zoramooet gaan zeggen.

In de robot worden vervolgens met spraaksynthese deze woorden uitgesproken. De patiënt communiceert dus gewoon met een persoon van vlees en bloed.

Kosten

Zoekend naar hoe duur Zora is, is daar op het internet nauwelijks zicht op te krijgen. Eerst vond ik dat de prijs van een Nao-robot vóór de aanpassingen van het Belgische bedrijf QMBT in Frankrijk 5628 euro kost. Op de website van WQMBT staat niets over een prijs. Met wat zoeken kwam de aap uit de mouw op een [website van de ING-bank](#). Daar stond dat een Zora vijftienduizend euro kost. De software-implementatie die QMBT Creative Solutions zegt uit te voeren maakt de robot dus **bijna drie maal zo duur!!** Een leuk detail is dat de gekleurde delen van Zora op de ING-website oranje zijn!

Conclusie

Met enig onderzoek en gezond verstand blijkt dat geprobeerd wordt iets in de "zorgmarkt" te plaatsen wat helemaal geen personeel bespaart en stervensduur is. Voor het bedrag van één Zora kan een ziekenverzorgster bijna een half jaar weken. Die verzorgster hoeft niet elke anderhalf uur aan de oplader en is minder kwetsbaar dan een met servomotoren uitgeruste robot. Bovendien is de aanwezigheid van een persoon stimulerender dan een machine met een synthetische stem.

Het geheel doet bij nadere beschouwing sneu aan. Het appelleert aan gevoelens van vernieuwing, maar stelt in wezen

niets voor. Het is een leuk speeltje, niets meer of minder. [Een zeer aardige persiflage over zorgrobots](#) maakte overigens het programma Koefnoen in 2014. Het is de moeite waard om hier even twee minuten en zevenenvijftig seconden voor uit te trekken.

W.J. Jongejan

Voor de duidelijkheid: de afbeelding bij dit artikel is niet van Nao/Zora

LHV geheimzinnig en defaitistisch over onmin met VZVZ



Dit artikel verscheen ook op vrijdag 12 juni op www.huisartsvandaag.nl

De Landelijke Huisarts vereniging(LHV) heeft de laatste maanden duidelijk onmin gehad met de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) over de gebruiksvoorwaarden voor het Landelijk SchakelPunt(LSP). Deze voorwaarden dateren uit 2013 en zijn te vinden [op de website van VZVZ](#). Op 10 juni 2015 was op het openbare deel van de website van de LHV een bericht te lezen, dat ook in een

verkorte versie per email naar de leden is verstuurd. Daags er na is het artikel verdwenen van het openbare deel en slechts in het voor leden afgeschermd deel te vinden.

Onmin

Waar gaat het over? Bij het aangaan van een contract voor berichtenverkeer via het LSP tekenden deelnemende huisartsen diverse overeenkomsten. Eén daarvan is de Algemene Voorwaarden behorende bij de Gebruiksovereenkomst met het Servicecentrum -VZVZ. Daar in is onder andere de aansprakelijkheid geregeld die VZVZ uiterst beperkt aanvaard en voor een groot deel van zich weg schuift. Op dit contract heb ik via [een artikel op 15 maart 2013](#) op www.huisartsvandaag.nl commentaar op deze afschuifpraktijk geleverd.

Waarom nu?

Hoewel de gewraakte overeenkomst al van 2013 dateert, is er duidelijk recent over onderhandeld geweest. De enige reden die daarvoor te bedenken is, ligt in het aantreden van een nieuw bestuur van de LHV in 2014. Onder de vorige voorzitter Steven van Eijk en bestuurslid Paul Habets werd een koers gevaren waarbij vrijwel elk conflict met overheden en instanties gemeden werd. Onder de nieuwe voorzitter Ella Kalsbeek en bestuurslid Carin Littooi is een andere wind gaan waaien en is men veel kritischer geworden omdat met het voorgaande beleid veel ingeleverd was..

Wat is het probleem?

Hierbij herhaal ik de passage die ik in 2013 schreef over dit onderwerp.

“De voorwaarden beslaan maar twee kantjes maar staan vol met verrassingen. In artikel 3 sluit het Servicecentrum de aansprakelijkheid voor indirecte schade, gevolgschade, gemiste besparingen, etc. uit tenzij er sprake is van opzet of grove

schuld van haar kant. Op voorhand stelt zij dat de financiële aansprakelijkheid hoe dan ook beperkt is tot het laagste van twee volgende mogelijkheden, namelijk: € 10.000 of 50% van de totale door de gebruiker verschuldigde vergoeding over 1 kalenderjaar, als bedoeld in artikel 5.1 van de gebruiksovereenkomst.

Echter in dat artikel staat, dat de zorgverzekeraars het Servicecentrum betalen en niet de gebruiker. Dat is dus een vreemde interne inconsistentie in deze stukken. Los daarvan is het op deze wijze tevoren beperken tot maximaal € 10.000 euro wel heel erg vreemd. Bij dit soort infrastructuur kan nu nog niet overzien worden hoe groot directe of indirecte schade kan zijn. Het is allicht meer dan tien duizend euro.

In artikel 4.1 staat dat het Servicecentrum niet gehouden is tot nakoming van enige verplichting indien het daartoe verhinderd is door overmacht. Daaronder wordt verstaan: het niet naar behoren functioneren van de telecommunicatie-infrastructuur, certificaten, UZI-pas en readers etc., kortom bij alles wat in de LSP-keten zit.

Hier maakt men zich wel heel erg makkelijk af van de verplichting tot leveren van diensten. Immers, een goed systeem voor continue zorgcommunicatie moet zorgen voor voldoende redundancy om een vlekkeloos gebruik te garanderen. Meteen de gebruikers laten tekenen voor een disclaimer bij falen is stuitend.

Heel bont

In art. 6.3 wordt duidelijk gemaakt dat door het Servicecentrum verstrekte informatie, niet uitsluitend inzake het gebruik van de infrastructuur van het LSP, als bedrijfsvertrouwelijk wordt beschouwd. U mag er alleen met voorafgaande schriftelijke toestemming van VZVZ met derden over communiceren. Dat maakt het open discussiëren door gebruikers over het Servicecentrum als er problemen zijn wel

erg ingewikkeld. Problemen worden op deze wijze wel heel erg makkelijk onder de pet gehouden.

In artikel 6.4 staat tevens dat de verplichtingen uit hoofde van de overeenkomst ook gelden voor individuele zorgverleners die bij de praktijkhouder aangesloten zijn. ”

Email

De e-mail, die de leden van de LHV gisteren kregen, luidde als volgt:

“De LHV is geruime tijd in gesprek geweest met VZVZ over de gebruiksovereenkomst die huisartsen tekenen wanneer zij zich aansluiten op het LSP. We hebben de nodige bezwaren tegen de aansprakelijkheid in deze gebruiksovereenkomst. Die wordt teveel bij de individuele huisarts neergelegd als het LSP niet functioneert. VZVZ heeft enkele aanpassingen in de overeenkomst doorgevoerd, maar onze belangrijkste bezwaren zijn niet weggenomen.”

Website

Op de website stond een wat uitgebreidere tekst. Daar was ook vermeld dat de gesprekken van het LHV-bestuur met VZVZ niet tot het gewenste resultaat geleid heeft. De overeenkomst is niet aangepast, maar er wordt melding gemaakt van een addendum dat VZVZ toevoegde. De tekst van dat addendum is op de website van de LHV en van VZVZ niet te vinden, dus blijkbaar geheim.

Dat is nogal vreemd omdat **individuele huisartsen, niet allemaal lid van de LHV zijnde**, de contracten tekenden en dus direct belanghebbend zijn om de tekst van dat addendum te vernemen. De LHV zit op dit moment als vereniging alleen nog in de koepeladviesraad van VZVZ.

Ze schreef dat het belangrijkste argument van VZVZ was dat het verzekeren van de aansprakelijkheid zo duur was dat men er daarom niet aan kon beginnen. Men realiseert zich bij VZVZ de

eigen aansprakelijkheid dus wel, maar veegt die grotendeels van de tafel om financiële redenen.

De LHV schreef dat ze geen juridische mogelijkheden heeft om zich tegen het eenzijdig afschuiven van de aansprakelijkheid te blijven verzetten en legt daarmee het hoofd in de schoot.

Vragen

Het getuigt niet van doorzettingsvermogen van een beroepsvereniging als men zich neerlegt bij contracten waarin de aansprakelijkheid bij falen niet adequaat geregeld is. Het is maar helemaal de vraag of een soort semi-nuts-voorziening als VZVZ de aansprakelijkheid per contract überhaupt zo mag regelen. Een energiegebruiker heeft bij zijn nutsbedrijf meer rechten dan degene die de Algemene Voorwaarden bij VZVZ tekent. Het wonderlijke is dat niet zozeer de aansprakelijkheid als wel de hoogte van de verzekeringskosten door VZVZ gezien wordt als grote belemmering om de contracten aan te passen.

Het is ook de vraag waarom de LHV haar leden niet vraagt "met de voeten te gaan stemmen", d.w.z. de contracten opzeggen. Mogelijk is men bang daarmee weer de Autoriteit Consument en Markt voor het hoofd te stoten en een boete te riskeren omdat op financieel terrein een blok gevormd wordt.

Raadselachtig is waarom de mededeling van de LHV een dag op het openbare deel van de site stond en daarna naar het besloten deel verdween. Misschien heeft VZVZ ze teruggefloten.

Resteert de vraag waarom alle deelnemende huisartsen en apothekers getekend hebben.

Ik vermoed dat ze de contracten slecht of niet gelezen hebben en zich min of meer gedwongen voelden te tekenen, gezien de druk om aan te sluiten op het LSP.

W.J. Jongejan, huisarts n.p.

Legacy-systemen belemmering zorg-ICT voortgang eerste lijn



Dit artikel verscheen ook op 10 juni 2015 op www.huisartsvandaag.nl

Huisartsautomatisering heeft al vroeg, begin jaren negentig van de vorige eeuw, zijn beslag gekregen. De apotheekautomatisering volgde vrij snel daarna. Lange tijd was de automatisering van de eerste lijn het paradepaard in zorg-ICT-land. De frontroepen van weleer hebben nu al enige tijd last van de wet op de remmende voorsprong. Dit is overigens een uitdrukking die in 1937 door de historicus Jan Romein geïntroduceerd werd in zijn essay “De dialectiek van de vooruitgang”. In wezen zijn de huisarts- en apotheekinformatie systemen(HIS en AIS) geprogrammeerd als de elektronische vervanging van de vóór die tijd gebruikte papieren administratie. Met name in de opbouw van de HIS-sen is te zien dat er sprake is van een elektronische versie van de groene kaart. Deze was door het Nederlands Huisartsen Genootschap(NHG) ooit geïntroduceerd om orde te scheppen in de papieren administratie.

Legacy-systeem

Wat verstaan we onder een legacy-systeem? Het is vaak [een complexe applicatie](#) die al tientallen jaren draait en die

ondanks de toepassing van oude technologieën doorgaans zeer betrouwbaar is en functioneel, technisch en commercieel gezien nog jaren mee kan. Legacy-systemen zijn echter vaak niet toegesneden op een wereld die tijdens de levensduur drastisch veranderd is. Vaak moet met het nodige kunst- en vliegwerk de applicatie aangepast worden aan die veranderingen.

Hetzelfde anders

Wat opvalt als je een aantal huisarts- apotheek informatie systemen naast elkaar ziet draaien, is dat ze hetzelfde allemaal net iets anders doen. De facto valt er met de legacy-systemen nog best een huisartspraktijk of een apotheek te runnen, maar het begint her en der te rammelen. Heel vaak gaat het om problemen in de interoperabiliteit met andere ICT-systemen in het zorgstelsel of om het faciliteren van medewerkers die niet voorzien waren bij de ontwikkeling van het systeem. In de loop der jaren hebben de HIS-sen en AIS-sen allemaal wel een moderniseringsslag ondergaan maar in wezen is het onderliggende registratiemodel onveranderd gebleven.

HIS

De huisarts informatiesystemen(HIS-sen) zijn bijvoorbeeld niet speciaal toegerust voor de ketenzorg. De ketenzorg die vooral door de praktijkondersteuner(POH)-somatic een enorme vlucht genomen heeft, leidde tot aparte Ketenzorg Informatie Systemen(KIS-sen). Als paddenstoelen schoten die uit de grond. Deze communiceerden in eerste instantie niet met een HIS. Daardoor was het nodig om de data niet alleen in het KIS, maar naderhand ook nog eens in het HIS te zetten. In de [toekomstvisie voor 2012](#) werden de piketpaaltjes opnieuw uitgezet door NHG en LHV en werd nadrukkelijk het HIS als leidend neergezet, waarnaar toe het KIS moet rapporteren.

Bij het in praktijken gaan werken van de POH-GGZ(praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg) bleek het nog lastiger om [de rapportage van deze werkers](#) onder te

brengen in of naast een HIS. Er worden daarvoor [allerlei work-arounds](#) bedacht, maar echt ideaal is het niet. Zo speelt er bij de POH-GGZ de vraag of die wel het hele medische dossier van de patiënt moet kunnen inzien.

Expertsystemen

Veel data worden in het HIS en AIS weggeschreven, maar de ontwikkeling van expertsystemen binnen een HIS of AIS is nauwelijks van de grond gekomen. Vaak blijft het beperkt tot eenvoudige rekensommen die uitgevoerd kunnen worden met basale data, zoals de berekening van de BMI (Body Mass Index) en de glomerulaire filtratiesnelheid als maat voor de nierfunctie. Er is met de data binnen een praktijk veel mogelijk, maar de potentie wordt niet volledig benut. Vaak hebben HIS of AIS geen flexibele query-tool, waarmee uitgebreide zoekacties door de praktijkhouder binnen de eigen database makkelijk en snel kunnen plaatsvinden.

Eén HIS

In de loop der jaren is het in ieder geval bij de HIS-sen drie keer geprobeerd tot één, nieuw, systeem te komen. Er zijn er namelijk bijna 10 verschillende. Bij de apotheek informatie systemen zijn het er wat minder. Daarvoor werd met een schuin oog ook naar het ministerie van VWS gekeken, omdat het ten goede zou komen aan de kwaliteit van de zorg en ook aan de zorgcommunicatie. Telkens werd door de regerende minister van VWS gezegd dat de markt zijn werk moest doen waardoor er wel een "natuurlijke selectie" richting één systeem zou plaatsvinden.

Geen markt

Ook met de zorg-ICT in de eerste lijn is het in de afgelopen 25 jaar duidelijk geworden dat het geen echte markt is. Het aantal huisartsen en apotheken is gelimiteerd, en keuzes worden niet alleen op economische gronden gemaakt. De situatie die na een paar jaar ontstaan was, is eigenlijk nauwelijks

gewijzigd. Alleen vindt her en der door regionale samenwerking een heroriëntatie plaats en verschuiven de aantallen een beetje. Nooit zodanig dat er sprake is van het boven komen drijven van één systeem.

Consequenties

Door het verouderde onderliggende concept van de systemen is er geen optimale aansluiting bij de huidige vorm van werken. Andersoortig personeel en dito taken kunnen door het HIS of AIS niet goed gefaciliteerd worden. Ook het op gang brengen van communicatie met andere zorg-informatie-systemen, bijv. via OZIS of LSP verloopt daardoor niet zonder horten en stoten.

Bij alle HIS-/ AIS-leveranciers moet telkens het wagenwiel opnieuw uitgevonden worden om de systeem zorginhoudelijk goed te laten functioneren en bovendien te laten voldoen aan de eisen die het ministerie van VWS, de Inspectie GezondheidsZorg(IGZ) en de zorgverzekeraars telkens stellen.

Toekomst

De toekomst van HIS en AIS is niet bepaald rooskleurig. Hoewel er voor menige leverancier een broodwinning in zit, is geen van hen in staat de kar trekken en een leidende rol te nemen bij het ontwikkelen van een volledig nieuw concept voor HIS en AIS. Idealiter zou er voor een HIS of AIS één datamodel moeten komen met meerdere "skins" naar keuze van de gebruiker. Het is maar helemaal de vraag of er dan nog ruimte is voor de verscheidenheid aan gebruikersverenigingen die er nu is.

Bij voortgang op het huidige pad zal men naar mijn inschatting binnen enkele jaren aanlopen tegen de grenzen van de huidige systemen.

W.J. Jongejan, huisarts n.p.