

Zwarte pieten in de zorg: zo wordt het spel gespeeld



Sinds het begin van de zomer van 2015 gist het in de zorg. Zorgaanbieders komen in opstand tegen het handelen van zorgverzekeraars. Die komen vervolgens in de media in het verdomhoekje te staan en beginnen een charmeoffensief met paginagrote advertenties in de dagbladen. En plotseling doet deze week de Nederlands Patiënten en Cliënten Federatie(NPCF) een duit in het zakje met een rapport over hoeveel medische missers in de zorg plaatsvinden. Is dat laatste toeval? Neen. Het is de manier hoe met behulp van beeldvorming gepoogd wordt de zwarte piet weer uit handen van de zorgverzekeraars en overheid in de handen van de zorgaanbieders te spelen. Een analyse met daarbij ook een uitstapje naar het Landelijk SchakelPunt(LSP).

Gisten

Aan het begin van de zomer verandert in de verhoudingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een steeds actievere veenbrand opeens in een uitslaande brand. De laatsten zijn het beu continu met geïnstitutionaliseerd wantrouwen bekeken te worden, data te moeten aanleveren, eindeloos formulieren en machtigingen te moeten invullen en contracten bij het kruisje te moeten tekenen. Ze verenigen zich in de beweging ["Het roer moet om"](#), die publicitair hoge ogen gooit. Het grote publiek dat de mededelingen over de grote winsten van

zorgverzekeraars ook heeft vernomen en aan den lijve plus in de portemonnee het beleid van deze organisaties merkt, gaat de zorgverzekeraars steeds meer wantrouwen.

Achilleshiel

Het continu negatief in het nieuws zijn met als gevolg wantrouwen van de verzekerden blijkt de achilleshiel van de zorgverzekeraars te zijn. Op 8 september 2015 wordt een groot interview met Andre Rouvoet, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland(ZN), in het [NRC-Handelsblad](#) geplaatst, met als kop: "Wij zijn de hoeders van de solidariteit in de zorg". Hij zegt daarbij dat ZN in gesprek gaat met de samenleving en bestrijdt de suggestie dat het om een campagne gaat .

En dat is het juist wel.

Het Leitmotiv in de campagne is dat de zorgverzekeraars slechts uitvoeren wat de politiek(lees: het ministerie van VWS) opdraagt te doen. Door deze achtergrond is datgene wat Rouvoet een dialoog met de burger noemt geen dialoog, maar een eenrichtingsverkeer met "uitleg".

Overigens zijn de zorgverzekeraars helemaal geen hoeders van de zorg. Onder andere door het maken van vele soorten polissen, waaronder budgetpolissen en polissen voor hoger opgeleiden hebben de zorgverzekeraars de solidariteit in de zorg inmiddels driftig ondergraven. Sinds 8 september staat er wekelijks een paginagrote advertentie in de grote landelijke dagbladen over de dialoog. Het uitdragen van de boodschap mag blijkbaar wat kosten. In de NRC kost een advertentie van een hele pagina op een werkdag 28.532 euro. De Volkskrant en Trouw doen het voor ruim 24.000 euro. Met vier grote landelijke dagbladen is dat al gauw een ton per week. De kleinere dagbladen reken ik nog niet eens mee. De campagne duurt nu al vier weken. Nu al is dus bijna een half miljoen euro is aan deze "voorlichting" al uitgegeven. Geld wat niet naar zorg gaat!

Deus ex machina

Deze week kwam er een plotselinge wending in de beeldvorming van de roerige relatie tussen overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. De NPCF publiceerde met enig aplomb een rapport met de naam: [“Rapport meldactie veilige zorg”](#) dat door de media uitgebreid werd opgepakt. Plotseling is men gefocust op zorgaanbieders die steken laten vallen waardoor de patiënt onnodige schade ervaart. Gemeld wordt dat er jaarlijks zo’n duizend mensen sterven door medische fouten en dat duizenden mensen blijvende (blijvende) gezondheidsschade oplopen die vermeden had kunnen worden. Bij deze getallen is geen enkele onderbouwing aanwezig. De enquête vond niet plaats bij volkomen willekeurige Nederlanders, maar had een duidelijke selectie, een onderzoeksbias. Deelnemers waren uitgenodigd door de NPCF uit deelnemers aan het zogeheten Zorgpanel van de NPCF en aan mensen die deelnamen aan de Zorgkaart Nederland en daar hun waardering over zorgaanbieders plaatsten. Over het algemeen zullen dat mensen zijn die al op enige wijze een weg hebben gezocht om kritiek op zorgaanbieders te ventileren.

Door het moment waarop de publicatie plaatsvindt, wordt negatieve aandacht weer wat afgewend van de zorgverzekeraars. Het is niet de eerste keer dat de NPCF over een gevoelig onderwerp op een cruciaal moment iets publiceert wat de beeldvorming beïnvloedt. [Eén van de keren](#) ging over het Landelijk Elektronisch PatiëntDossier(LEPD).

Geen enkele zorgaanbieder wil trouwens een patiënt onnodig schaden, indachtig het adagium “primum nil nocere”(= in de eerste plaats niet schaden). Veiligheidsbewustzijn is bij zorgaanbieders aanwezig en dient continu aangescherpt te worden. Nieuwe technieken vergen nieuwe procedures, niet goed werkende bestaande procedures worden aan de hand van gemaakte fouten aangescherpt.

Fouten zijn een onvermijdelijk onderdeel van een

kwaliteitsketen om tot betere resultaten te komen. Van fouten dient men te leren. Het is een illusie om te denken dat in de zorg totaal geen fouten meer worden gemaakt. Zorg blijft mensenwerk en waar mensen werken zullen altijd vroeg of laat missers plaatsvinden. Een streven naar zo min mogelijk fouten zal elke oprechte zorgprofessional in zich hebben.

LSP in E-book

Naar aanleiding van het rapport maakte de NPCF een [E-book met nuttige tips aan patiënten](#) om medische fouten te helpen voorkomen. Pontificaal komt daarin op de pagina's 18 tot en met 20 het gebruik van het LSP voor het overdragen van medische gegevens ter sprake. Dat er over het gebruik van het LSP maatschappelijk onrust bestaat, kritiek is op de beveiliging, de privacy en het doorbreken van het beroepsgeheim komt nergens in het E-book ter sprake.

Cyclus

Als je wat langer in de gezondheidszorg hebt rondgelopen valt op dat er een soort cyclus zit in de berichtgeving erover. Eens in de paar jaar is er een rapport over medische missers in de zorg. Met dezelfde tussenpoos is er berichtgeving over complicaties bij behandelingen, over ziekenhuisinfecties, over telefonische bereikbaarheid, etc. Ze wisselen elkaar bovendien af. Vaak is wel het moment van publiceren interessant, omdat het kan passen in een groter plaatje.

W.J. Jongejan

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

Zeldzame openhartigheid te midden van onwaarheid, mooipraat en juichtaal



Op de website van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) is sinds 14 september 2015 een nieuwe webpagina actief met als kop: ["10 feiten over het LSP"](#) . Daarin worden een aantal oude koeien uit de sloot gehaald, worden wat open deuren ingetrapt en wordt weer met getallen gegoocheld. Toch blijkt VZVZ opeens zeer openhartig op één punt. Dat is het aantal opt-in-toestemmingen van patiënten bij huisartsen. Wat tegenstanders van het Landelijk SchakelPunt(LSP) in het verleden altijd op basis van eigen rekenwerk beweerden blijkt waar te zijn. Het aantal opt-in-toestemmingen bij huisartsen is al lange tijd maar half zo hoog vergeleken bij de apotheken.

Zeldzaam

Om via het LSP gegevens te kunnen uitwisselen moet een patiënt bij elke brondossierhouder die gegevens over hem in een zorg-ICT systeem heeft staan toestemming voor inzage geven. Zo geeft een patiënt bij de huisarts en de apotheek toestemming om zijn medicatiegegevens over en weer opvraagbaar te maken, twee maal dus. VZVZ gaf tot 14 september 2015 alleen het totaal aantal opt-in-toestemmingen(huisarts plus apotheek) op. Dat leek dan veel, maar als we over communicatie tussen huisartsen en apothekers praten, ging dat aantal niet om een

deel van 1x 16,8 miljoen(aantal Nederlanders) maar van 2x16,8 miljoen. Berekeningen van tegenstanders van het LSP maakten al lange tijd duidelijk dat het aantal opt-in-toestemmingen bij huisartsen grofweg de helft moest zijn van het aantal opt-in-toestemmingen bij apothekers.

[In de afbeelding bij punt 4 van de webpagina](#) geeft VZVZ aan dat er 4,7 miljoen opt-in-toestemmingen bij huisartsen zijn en 8,5 miljoen bij apothekers. Dat is een keer **zeldzaam** openhartig. Inderdaad grofweg de helft van het aantal opt-in-toestemmingen bij apotheken, en van iets minder dan een derde van alle Nederlanders. Om daarna gelijk te roepen dat er DUS 13,2 miljoen dossiers zijn aangemeld. Dat is weer een nietszeggende, door PR ingegeven, manier van zich zelf zinloos op de borst slaan. Tel je die miljoenen namelijk bij elkaar op dan gaat het niet om 13,2 van 16,8 miljoen toestemmingen, maar om 13,2 van $2 \times 16,8 = 33,6$ miljoen. Weer maar net een derde. Door het sterk achterblijven van het aantal opt-ins bij huisartsen is het uitwisselen van medicatiegegevens met de apotheek uiteraard flink beperkt.

Nietszeggende grafiek

[Onder punt 5 wordt een grafiek](#) getoond waarin te zien is hoe vanaf week 45 van 2014 het aantal uitgewisselde medicatiegegevens opeens gaat stijgen. Vanaf die periode werd op grote schaal een begin gemaakt met de uitwisseling. Dat gaat in eerste instantie gepaard met het uitwisselen van testberichten om te zien of alles werkt. Dat vertekent in grote mate het beeld dat de grafiek toont. In het verleden wilde VZVZ ook niet kenbaar maken hoeveel testberichten zaten bij het aantal uitgewisselde patiëntdossiers(Professionele Samenvatting). Dat vertekende destijds ook het beeld van het aantal uitgewisselde dossiers. Bovendien laat de grafiek geen absolute getallen van uitwisselingen zien, maar de zogenaamde "hitratio". Dat is een bedenksel van VZVZ en geeft volgens hen het percentage aanbod van informatie ten opzichte van de vraag aan. Het is een beetje cryptische omschrijving. De ratio geeft

het aantal geslaagde uitwisselingen, soms meerdere van één patiënt, weer zonder dat het iets zegt over aantal individuele patiënten waarbij die uitwisseling lukte.

Elke keer dat die patiënt bij de apotheek of huisartsenpost komt en er een medicatieoverzicht wordt opgevraagd, wordt dit meegeteld in de hitratio. Een nietszeggend getal is het dus. Het is voor VZVZ een manier om te laten zien dat het allemaal goed loopt. Echter, omdat iets meer van een derde van de Nederlanders slechts de opt-in-toestemming gaf zal alleen van dat deel een medicatieoverzicht uitgewisseld kunnen worden met de apotheek vermits men daar ook de toestemming gaf.

Creatief boekhouden

In feit 3 van het rijtje van 10 zegt VZVZ dat er nu elke zeven seconden een opt-in-toestemming binnenkomt in de laatste vier weken. Er staat alleen niet bij of die zeven opt-ins per seconde per werkdag(8-17u) gesommeerd zijn of per hele werkdag of per hele weekdag. Omgerekend komt elke zeven seconden één opt-in per hele weekdag neer op 514 per uur, 86399 per week, 345.599 per vier weken en 4,5 miljoen per jaar. Gezien de trage toeneming de laatste jaren lijkt de opgave van VZVZ nogal vreemd. Ook dient men te bedenken waarom VZVZ spreekt van de laatste vier weken. In eind augustus / begin september worden gewoonlijk bij huisartsen de uitnodigingen voor de griepvaccinaties de deur uit gedaan. Daar stoppen een aantal huisartsen tegenwoordig ook de uitnodiging voor het tekenen van de opt-in-toestemming bij. Dat vertekent dus het aantal ten opzichte van de opt-ins die in andere weken gemeten worden.

Feiten?

In andere "feiten" wordt gesteld dat het LSP echt iets anders is dan het voormalige Landelijk Elektronische PatiëntDossier(L-EPD). De bezwaren tegen het L-EPD zouden in de voortzetting van het LSP-gebruik in private handen

weggenomen zijn. Er was een opt-in in plaats van een opt-out gekomen en de softwarematige regio-indeling zou het kleinschalige karakter weergeven. Niet vergeten moet worden dat het [College Bescherming Persoonsgegevens \(CBP\) op 19 december 2012](#) VZVZ gedwongen heeft de database te wissen wat betreft de opt-out-toestemmingen. Onder dwang van het CBP is de opt-in-toestemming toen ingevoerd. De regio-indeling stelt niet veel voor omdat er binnen een regio [veel ziekenhuizen en apotheken al supra-regionaal actief zijn](#). Als feit wordt ook gepresenteerd dat het LSP geen centrale database van patiëntgegevens is. Dat was het L-EPD al niet, dus het LSP ook niet. VZVZ probeert telkenmale te doen geloven dat de tegenstanders van het LSP denken dat de data in een centrale computer staan.

Wat VZVZ alleen nooit hardop zegt, is dat de data die de LSP-computer passeren gedurende korte tijd onversleuteld op hun computer staan. Er is namelijk geen end-to-end versleuteling van informatie die de LSP-computer passeert.

VZVZ laat ook weer grafieken zien over de aantallen op het LSP-aangesloten zorgaanbieders. Een zeer bekend gegeven is dat het aangesloten zijn niet betekent dat er met die aansluiting gewerkt wordt.

Mooipraat / juichtaal

Met het bovenstaande heb ik duidelijk willen maken hoe VZVZ omgaat met getallen en "feiten". Het is vaak een uiting van een creatief PR-beleid dat het niet zo nauw neemt met de werkelijkheid. Dat daar tussen opeens een zeer openhartig cijfer staat over de aantallen opt-ins- bij huisartsen is in dat kader ronduit verbazingwekkend.

W.J. Jongejan

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

Toegenomen aansprakelijkheid voor VZVZ eigenlijk een wassen neus



In de afgelopen zomer meldden de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) en de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), dat de aanvankelijk als zeer mager gekenschetste aansprakelijkheid van VZVZ, verhoogd was. Thans is het addendum, waarin de verhoging overeengekomen is, openbaar gemaakt. Het gaat om een addendum bij de Algemene Voorwaarden behorend bij de Gebruiksovereenkomst, die een zorgaanbieder sluit met VZVZ als die gaat communiceren via het Landelijk SchakelPunt(LSP). Dat het niet zonder slag of stoot ging, werd duidelijk door de wat warrige berichtgeving, die er aan vooraf ging. Daarbij meldde de LHV zeer kortdurend(krap één dag) dat er geen overeenstemming te bereiken was, met daarna het bericht dat men nog in gesprek was met VZVZ.

Addendum

In het vandaag bekend geworden stuk wordt de aansprakelijkheid van VZVZ verhoogd van een schamele tienduizend euro naar twee en een half miljoen euro per geval met een maximum van vijf miljoen per jaar(addendum: artikel 3.1). De zorgaanbieder moet wel eerst door een patiënt worden aangesproken voor een

medische schade ten gevolge van tekortschieten van Servicecentrum-VZVZ in het nakomen van haar verplichtingen jegens gebruiker op grond van de gebruiksovereenkomst en de claim moet in eerste instantie voorgelegd zijn aan de aansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgaanbieder. VZVZ aanvaardt dan aansprakelijkheid voor de regresvordering van de genoemde verzekeraar, enkel indien er sprake is van een beroepsfout waarvan de oorzaak is gelegen in het tekortschieten van het Servicecentrum in het nakomen van haar verplichtingen op grond van de Gebruiksovereenkomst. Bovendien moet de verzekeraar op grond hiervan een vergoeding hebben uitgekeerd aan de benadeelde patiënt.

De aansprakelijkheid is dus niet rechtstreeks jegens de zorgaanbieder, maar jegens de aansprakelijkheidsverzekering van de zorgaanbieder.(addendum: artikel 3.7) Indien die verhaal (regres) wil halen bij VZVZ dan zal die in dat geval aansprakelijkheid aanvaarden.

Uitsluitend LSP-computer

De aansprakelijkheid wordt door VZVZ alleen aanvaard als het gaat om uitval/disfunctioneren van de centrale LSP-computer en dan nog alleen als het niet als overmacht beschouwd wordt door VZVZ.

Er staat in artikel 3.8:

“Het Servicecentrum is niet gehouden tot nakoming van enige verplichting indien hij daartoe verhinderd is als gevolg van overmacht. Onder overmacht wordt mede verstaan het niet naar behoren functioneren van de telecommunicatie-infrastructuur, elektronische certificaten, UZI-pas en readers of het niet naar behoren functioneren van een ZSP en/of een GBZ, alsmede het in verzuim zijn in de nakoming van de verplichtingen zijdens Servicecentrum vanwege een overmachtssituatie aan de zijde van een (sub)bewerker.”

Het komt er dus op neer dat indien VZVZ maar met één vinger

kan wijzen naar disfunctioneren van de keten van opvragende zorgaanbieder naar LSP-computer en van LSP computer naar bronhoudende zorgaanbieder de aansprakelijkheid niet aanvaard wordt. Zulks terwijl onder auspiciën en onder regie van VZVZ de hele keten van en naar het LSP opgezet is.

Het is enigszins voor te stellen dat VZVZ niet volledig verantwoordelijk wil zijn voor apert disfunctioneren van onderdelen van de LSP-keten, maar alle verantwoordelijkheid voor dat deel van zich afschuiven gaat te ver. Zo laat VZVZ zorgaanbieders tekenen voor het hebben van een Goed Beheerd Zorgsysteem(GBZ), terwijl in de praktijk weinig zorgaanbieders door lijken te hebben waarvoor ze tekenden. Vragen over hoe vaak en hoe intensief de steekproeven zijn van VZVZ op het voldoen aan de GBZ-criteria [worden niet beantwoord](#). Ook wordt geen antwoord gegeven op de vraag wat de resultaten zijn van die controles en welke acties volgen.

Teleurstellend

De inhoud van het addendum is ronduit uitermate teleurstellend te noemen. Ik ben geen jurist, maar in de praktijk zal het, als het om een claim gaat, een uiterst moeilijke juridische strijd worden. VZVZ heeft er alle belang bij om de claim te doen afwijzen en is de enige, die intern de informatie heeft, waar wat fout ging. In wezen is de aansprakelijkheid van VZVZ min of meer afgewikkeld op de aansprakelijkheidsverzekering van de zorgaanbieder.

Het addendum komt mij dan ook voor als een wassen neus, waarbij het ondertekenen door de LHV geen schoonheidsprijs verdient.

W.J. Jongejan

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

VZVZ maakt vlucht naar voren met uitbreiding koepeladviesraad



De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), verantwoordelijk voor het Landelijk SchakelPunt(LSP) maakte [op 17 september 2015 bekend](#) dat haar koepeladviesraad uitgebreid gaat worden. Bij het huidige, nog zeer beperkte gebruik van het LSP, is dit een opmerkelijke stap te noemen die eerder een vlucht naar voren is dan één uit reële noodzaak. In de koepeladviesraad raad zitten de koepelorganisaties van huisartsen (LHV), apothekers (KNMP), huisartsenposten (InEen) en ziekenhuizen (NVZ). Die is nu uitgebreid met de koepelorganisaties van jeugdgezondheidszorg (ActiZ-JGZ), artsenlaboratoria en diagnostische centra (SAN), instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ Nederland) en artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG). Door het bericht van de uitbreiding wordt de indruk van daadkracht en prestaties gewekt, namelijk dat de functionaliteit van het LSP enorm uitgebreid is of wordt. Dat is echter niet het geval. Er moet nog een begin gemaakt worden.

Tegenspraak

De tekst op de website van VZVZ is ook in tegenspraak met zich zelf. Over de JeugdGezondheidsZorg (JGZ) wordt op een [aparte webpagina](#) gesteld, dat bij verhuizing van een kind naar een andere regio of naar een andere school het dossier via het LSP naar een andere JGZ-organisatie verzonden wordt. Het LSP zou dan dus puur als verzendmedium dienen, push-verkeer dus. Voor een dergelijk transport van een dossier helemaal geen LSP nodig. Daar bestaan ook andere beveiligde mogelijkheden voor. Naar mijn weten wordt er op dit moment ook nog geen JGZ-dossier verzonden via het LSP. Dat staat ook op [een andere webpagina](#) van VZVZ met de opsomming van wat er zoal over het LSP verzonden wordt. Dat zijn namelijk de medicatiegegevens die bij huisarts en apotheek zijn vastgelegd, de professionele samenvatting van de huisarts en het waarneembericht als een patiënt op de huisartsenpost is geweest. Op die webpagina wordt dat met een plaatje visueel toegelicht. Het verzenden van het JGZ-dossier staat daar niet bij.

Bovendien is op het internet nergens bij een JGZ-instelling iets te vinden over het verzenden van het dossier via het LSP. Bij zo'n ontwikkeling zou men op zijn minst ook een bericht verwachten van zo'n instelling. Het is niet zo dat het JGZ-dossier via het LSP in te zien is als bij het medicatieoverzicht of de professionele samenvatting van de huisarts. Het wordt slechts verzonden. Voor artsen in de verstandelijk gehandicaptenzorg, de artsenlaboratoria/diagnostische centra en de GGZ is er landelijk nog niets gaand. Er wordt op zeer beperkte schaal in de regio Dordrecht-Gorinchem een proefproject gehouden onder de naam WeMoVe. [Hierover berichtte ik eerder.](#) Het gaat om het inzien van het medicatieoverzicht door verpleeghuisartsen en psychiaters van de deelnemende organisaties.

Zeër vreemd

Het genoemde proefproject omvat een drietal organisaties waarbij van elk honderd cliënten meedoen. Dat is niet bepaald een grote groep mensen. Deze moeten allen een aparte opt-in-

toestemming voor elke nieuwe categorie zorgaanbieders (JGZ-arts, lab-arts, GGZ-arts, AVG-arts) geven boven op de opt-in-toestemming die ze eventueel al voor huisarts en apotheek gaven. Bij dit project wordt [in de pers nadrukkelijk bericht](#) dat volgens VZVZ het toelaten van meer zorgaanbieders dan huisartsen, apothekers, huisartsenposten en ziekenhuizen op het LSP landelijk niet mogelijk is. Voor het proefproject werd een uitzondering gemaakt. Het is in dit kader dan ook zeer vreemd dat VZVZ zo pontificaal met de uitbreiding van de koepeladviesraad komt. Een proefproject kan namelijk mislukken. Daar is het een proef voor.

Mooipraat/juichtaal

De kennisgeving van de uitbreiding van de koepeladviesraad van VZVZ past in de PR-strategie die al lang door VZVZ en daarvoor het ministerie van VWS is toegepast. Er worden ontwikkelingen die in een ontwerp, dan wel beginstadium verkeren als reeds vaststaand en ingevoerd gekenschetst. Het moet durf en daadkracht aantonen om het LSP-gebruik vooruit te sturen. Het loopt namelijk helemaal niet zo vlot met het LSP en VZVZ heeft succesverhalen nodig om zich te profileren en haar bestaansrecht aan te tonen. Helaas vallen veel tekstuele uitingen van de organisatie onder het hoofdstuk mooipraat en juichtaal en is de recente uitbreiding van de koepeladviesraad te kenschetsen als een vlucht naar voren.

W.J. Jongejan

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

NICTIZ vraagt in advies onterecht om dwang bij verbetering informatieuitwisseling in de zorg



Op 11 september 2015 publiceerde NICTIZ (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) [een rapport](#), gemaakt op verzoek van de minister van VWS, genaamd: Advies ter verbetering van informatievoorziening in de zorg. Daarin wordt financiële dwang voorgestaan door zorgverzekeraars door middel van òf een extra beloning ("de wortel") òf korting / geen inkoop van zorg ("de stok"). Om de informatieuitwisseling te verbeteren heeft de minister van VWS recent een informatieberaad opgericht, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders. In het uitgebrachte advies gaat NICTIZ veel te ver door te stellen dat de in dit zorgberaad gestelde doelen niet alleen worden opgenomen in richtlijnen, veldnormen en handreikingen, maar ook met financiële dwang kunnen worden afgedwongen. NICTIZ wil namelijk dat het ministerie, de Inspectie GezondheidsZorg (IGZ) en zorgverzekeraars instrumenten van toezicht en inkoop gaan inzetten voor de naleving van de

besluiten van het informatieberaad. Daarbij wordt door NICTIZ gedacht aan zowel een positieve stimulans als een negatieve. NICTIZ heeft het hier over de "wortel" en de "stok". Dit is een uitermate kwalijke zaak omdat hiermee (financiële) dwang officieel geïntroduceerd wordt bij de zorgcommunicatie.



Anders

In het advies stelt NICTIZ het haar bij de inventarisatie gebleken was dat de bij de zorgcommunicatie betrokken partijen te veel de aandacht gericht hebben op de informatie die uitgewisseld wordt en de technische oplossingen daarvoor. Dit zijn overigens de kenmerken van een bottom-up benadering. Het stoort NICTIZ dat er teveel vrijblijvendheid is bij het naleven van afspraken over de informatieuitwisseling in de zorg. NICTIZ wil dat de aandacht juist meer komt te liggen op de samenwerking tussen organisaties (het organisatiebeleid), enkele niveaus hoger. Een top-down-benadering dus. Het miskent daarbij echter de problemen die op de werkvloer bestaan bij zorgcommunicatie en die een langzame bottom-up benadering vereisen.

Bindend

In het genoemde informatieberaad is het de bedoeling van het ministerie van VWS dat daar bindende besluiten genomen gaan worden over het uitwisselen van informatie en dat er een einde komt aan de gepercipieerde vrijblijvendheid van de deelnemers. NICTIZ ziet als oplossing het inzetten van een instrumentarium dat de afspraken worden nagekomen. In wezen wil NICTIZ af van een inspanningsverplichting van de deelnemers aan het

informatieberaad en daarvoor in de plaats een resultaatverplichting. In de eerste plaats zouden de deelnemers aan het informatieberaad zelf bindende afspraken moeten maken. In de tweede plaats ziet NICTIZ als optie het benutten van de inkopende partijen(zorgverzekeraars) en toezichthoudende organisaties. Daarbij worden expliciet naast het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars, het Kwaliteitsinstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de IGZ genoemd, zonder uitzondering organisaties die direct of indirect door VWS gestuurd worden.

Wortel en stok

Met het voorstellen van zorginkoop als instrument om zorgcommunicatie af te dwingen gaat NICTIZ zijn boekje te buiten. Het is opgericht om standaarden te ontwikkelen, te helpen implementeren en te beheren, maar niet om instrumenten te ontwikkelen om de eigen producten af te laten dwingen met financiële dwang. Het is ook strijdig met de missie van NICTIZ:

“Nictiz streeft naar betere zorg door betere informatie. Wij ondersteunen het zorgveld bij het benutten van ICT om de kwaliteit van en efficiëntie binnen de zorg te verbeteren”.

Ondersteunen is niet het bevorderen van afdwingen.

Benadering

De door NICTIZ voorgestane werkwijze getuigt van weinig begrip voor de problemen op de werkvloer als het om zorgcommunicatie gaat. De bottom-up-benadering gaat weliswaar langzaam, maar zorgt wel voor een positieve insteek van betrokkenen. De voorgestane top-down-benadering kent dwang en zal contraproductief gaan uitpakken(als het er überhaupt van komt). Ten aanzien van het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP) zal enige vorm van aparte dwang ook niet mogen plaatsvinden. Het functioneert nog beperkt maar uitbreiding is voorzien. Nog steeds echter is de [motie](#)

[Leijten/Gerbrands](#), dd. 21 december 2011 van toepassing. Deze werd aangenomen bij de doorstart van het LSP-gebruik door private partijen. Hierin staat dat er geen dwang tot aansluiting op het EPD/LSP mag worden uitgeoefend via de inkoop van zorgverzekeraars.

W.J. Jongejan

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

LSP-functiona^liteit in regio Dordrecht-Gorinchem opgerekt richting care



In de regio Dordrecht/Gorinchem is begin september 2015 een pilotproject van start gegaan, waarin drie zorginstellingen uit de VVT(verpleging, verzorging en thuiszorg) en de GGZ(geestelijke gezondheidszorg) via het Landelijk SchakelPunt(LSP) toegang krijgen tot de medicatiegegevens van patiënten. De zorginstellingen zijn vanuit de VVT: de Rivas zorggroep en de Zwinhove groep. Yulius doet mee als GGZ-organisatie. Ze zijn met de regionale organisaties van huisartsen, apothekers en ziekenhuizen verenigd in de projectgroep WeM0ve. Dat staat voor Waardenland Elektronische Medicatie Overdracht Voor Elk. Uitgangspunt is om de

medicatiegegevens onder zorgverleners zo breed mogelijk te delen als waarborg tegen teveel medicatie(polyfarmacie) en conflicterende medicatie. Het gaat hierbij om een regionale uitbreiding van de LSP-functionaliteit, die gelanceerd wordt, terwijl het basis-LSP gebruik(communicatie tussen huisartsen, huisartsenposten en apothekers) eigenlijk nog maar beperkt gaande is. Bij dit project zijn dan ook duidelijk kritisch kanttekeningen te maken.

Toegang

Voor dit project krijgen de verpleeghuisartsen en psychiaters van de betreffende organisaties de mogelijkheid via het LSP medicatiegegevens op te vragen die bij de huisarts en de apotheek vastgelegd zijn. Het is niet geheel duidelijk of de communicatie van de medicatiegegevens ook reciprook wordt, d.w.z. of de VVT- en GGZ-organisaties ook voorschriften uit eigen database aan de cure-sector beschikbaar stellen. Aannemelijk is dat in de toekomst echter wel. Er is een groot verschil tussen de care- en de cure-sector. In de laatste is er sprake van duidelijke bedrijfseenheden(huisartspraktijk, apotheek) of relatief makkelijk te compartimenteren organisaties(ziekenhuizen). In de VVT- en GGZ-sector is er vaak sprake van diffuse organisaties met zeer veel verschillende locaties en veel verschillende medische werkers. Naast psychiaters zijn er AIOS-sen, huisartsen, basisartsen, verpleegkundig specialisten etc. werkzaam. Het is daarom zeer belangrijk dat erop toegezien wordt dat de verkregen informatie niet dieper in de organisatie dan de opvragende artsen gedeeld wordt. Nu gaat het om medicatiebewaking, maar gezien de werkwijze van VZVZ, de verantwoordelijke voor het LSP, is het geenszins uitgesloten dat in de toekomst meer dan die informatie zal worden opgevraagd. Medicatie van GGZ-patiënten is al gevoelige informatie, dossiergegevens uit die sector zijn dat helemaal. De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) weet dat het niet mogelijk is om op dit moment landelijk meer zorgaanbieders dan thans het

geval is (huisartsen, apothekers en ziekenhuizen) toegang te geven tot het LSP. Daardoor wordt nu kleinschalig via dit proefproject de medicatie-inzage uitgetoetst.

Extra toestemming

Om dit proefproject uit te kunnen voeren is weer een aparte toestemming van de patiënt noodzakelijk. Voor het inzichtelijk maken van gegevens via het LSP is bij huisarts en apotheek al een opt-in-toestemming noodzakelijk. Nu komt die er voor de VVT en GGZ bij. Het betekent dat weer een opt-in-toestemming van een patiënt vastgelegd moet worden. In de GGZ wordt zeer privacygevoelige informatie van de patiënt geregistreerd. Het is zeer de vraag of de GGZ-patiënt wel in volle omvang overziet waarvoor hij/zij met de in de LSP-systematiek gehanteerde generieke toestemming permissie geeft.

Ruis

Enerzijds lijkt heel praktisch dat veel partijen in de zorg weten welke medicatie een patiënt gebruikt en wat de interacties, contra-indicaties en allergieën zijn. Anderzijds is het wel zo dat door het grotere aantal zorgaanbieders, dat zich nu vanuit de care-sector met die medicatie gaat bezighouden, veel ruis kan ontstaan. Daarmee doel ik over het correct kunnen beoordelen van de noodzaak van elk onderdeel van de medicatie. Binnen de cure-sector is het vaak makkelijker tot overeenstemming over nut en noodzaak van bepaalde medicatie, omdat de indicatie daartoe vaak in die sector wordt gesteld.

Showobject

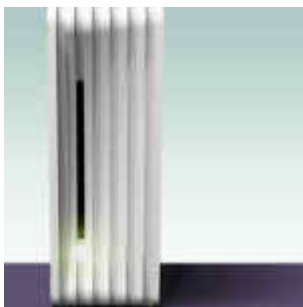
Met de uitwisseling van medische gegevens via het LSP loopt het allemaal niet zo rooskleurig als VZVZ telkenmale wil doen geloven. Het nog steeds bij de prognoses achterblijvende aantal opt-in-toestemmingen bij huisartsen en apotheken maakt dat de kans om een huisarts- en apotheekdossier van een willekeurige Nederlander op te kunnen vragen nog steeds

beperkt is. VZVZ heeft dringend een succesnummer nodig om het bestaansrecht duidelijk te maken. Daarom is ze nauw betrokken bij de ontwikkeling en monitoring van dit project. Sluipend kan via dit soort projecten het werkingsspectrum van het LSP worden uitgebreid. Door het includeren van GGZ-instellingen is men met een gevaarlijke ontwikkeling bezig.

W.J. Jongejan

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

Bij de Whitebox staat de patiënt centraal



Op de website van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) prijkt sinds 10 september 2015 [een artikel](#) met de kop dat in het LSP(Landelijk SchakelPunt) de patiënt centraal staat. Het artikel is een reactie [op de lancering](#) voor een alternatief voor het LSP: het gebruik van de [Whitebox](#). Overigens wordt het woord Whitebox nergens genoemd. Het artikel is zo geschreven dat het de suggestie wekt dat alleen bij gebruik van het LSP de patiënt centraal staat en de patiënt bepaalt wat er gebeurt. Niets is minder waar. Het is een schoolvoorbeeld van het met PR-technieken suggereren dat het gelanceerde alternatief Whitebox niet doet wat het LSP wel zegt te doen. Het is een subtiele vorm van

framing: een beeld in de ogen van de lezers creëren dat de beoogde boodschap bevat.

Patiënt centraler

Als argument dat de patiënt centraal staat komt VZVZ met het verhaal, dat het LSP ingericht is om een actueel en betrouwbaar beeld te van de gegevens van de patiënt te beiden. Het aardige is dat het Whitebox-systeem precies hetzelfde doet. Daarnaast wordt gesteld dat het LSP voldoet aan alle wet- en regelgeving. Dat niet iedereen daar zo over denkt blijkt uit kritieken van meerdere organisaties die bezorgd zijn over de privacy, met name van de zieke mens. Ook loopt er een hoger beroep in de rechtszaak van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen tegen VZVZ. Daarin staat het niet voldoen aan landelijke en Europese regelgeving centraal. Met het Whitebox-systeem staat de patiënt juist veel centraler omdat die samen met de arts kan bepalen welke informatie, in welke situatie, voor wel doel aan een gekende derde(zorgaanbieder) mag worden gestuurd. Het LSP kent slechts een algemene generieke instemming.

Patiënt bepaalt meer

Met de Whitebox wordt niet een professionele samenvatting maar een per situatie toegesneden hoeveelheid data voor opvragen beschikbaar gesteld. Er wordt voor Whitebox een functie ontwikkeld waarmee de patiënt zelf toegang kan krijgen tot zijn gegevens. De login die de patiënt van de arts krijgt maakt het mogelijk vanaf de eigen computer in te loggen. Zoals eerder gezegd kan de patiënt aan de arts vragen meer of minder gegevens beschikbaar te stellen voor opvragen. Een koppeling met een extern persoonlijk gezondheidsdossier(PGD) kan gelegd worden maar hoeft niet. Het kan, doch alleen als de patiënt het nodig en zinvol vindt. Van de notificatie aan de patiënt wie de gegevens heeft ingezien wordt door VZVZ en andere critici een heel punt gemaakt. Met de Whitebox is die notificatie er ook, maar dan aan de huisarts omdat daar de

Whitebox staat. Bij de huisarts is die notificatie in te zien. Bij de Whitebox is die notificatie veel minder belangrijk omdat de patiënt tevoren met de huisarts bepaalt heeft wat met wie uitgewisseld mag worden en voor welk doel.

Natuurlijk commercieel

VZVZ noemt de makers van Whitebox een commercieel bedrijf en plaatst zich zelf buiten de commercie. Men zegt:

“In Amsterdam is nu een nieuw bedrijf opgericht dat een kans voor dit product in de markt ziet. De vereniging VZVZ, als niet-commerciële partij en opgericht door de zorgverleners zelf, begeeft zich niet op die markt. VZVZ volgt de ontwikkelingen natuurlijk wel met belangstelling.”

De positionering is nogal curieus te noemen, een gotspe zou ik bijna zeggen. VZVZ is verantwoordelijk voor het LSP-systeem, dat vóór de doorstart van VZVZ 300 miljoen euro aan overheidsgeld gekost heeft. Na het afketsen van het landelijk Elektronisch Patiënt Dossier, dat gebruik maakte van het LSP, werd het systeem door de politiek VZVZ in de schoot geworpen. Per jaar wordt door de zorgverzekeraars 25 miljoen euro in VZVZ en het LSP gestoken. Dan kan je ook niet spreken van een commerciële organisatie. Het is gewoon een gesubsidieerde instelling te noemen.

Iedereen die met een alternatief voor het LSP wil komen zal op enige manier geld moeten genereren om het initiatief de doen slagen en zal dus per definitie commercieel moeten zijn. Het is alleen erg ingewikkeld om tegen ruim 375 miljoen euro overheids- en zorgverzekeraarsgeld op te boksen. Het is geen level playing field. Hier wordt andermaal pijnlijk duidelijk dat er van een echte markt in de zorg-ict geen sprake is.

IGZ

Opvallend is dat door Twitter-berichten van individuele inspecteurs van de Inspectie GezondheidsZorg(IGZ) dezelfde

terminologie gebruikt wordt als VZVZ hanteert: “bij het LSP staat de patiënt centraal”. Helemaal verbazingwekkend is het ook weer niet, omdat rond 2011 duidelijk werd dat de IGZ één systeem wilde voor de landelijk elektronische communicatie van medische data. Er bleek al duidelijk voorgesorteerd te zijn op het invoeren c.q. doorzetten van het LSP-gebruik. Op een objectieve houding tegenover een nieuw initiatief is de IGZ niet te betrappen. Voor een controlerende organisatie valt me dat tegen.

W.J. Jongejan

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

Whitebox in plaats van LSP: maatwerk vervangt confectie



Een tegenhanger voor het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP) is op 10 september 2015 aan de pers gepresenteerd vanwege de start van een pilotproject ermee. Het gaat om de Whitebox, een kastje met elektronica, gekoppeld aan het computersysteem dat de huisarts voor de vastlegging van de patiëntgegevens gebruikt. Dit kastje regelt de externe toegang tot de dossiers die de huisarts bijhoudt. Hiermee kan de huisarts in samenspraak met de patiënt bepalen welke zorgverlener voor welke situatie, welke gegevens in mag zien.

Het is dus geen systeem zoals het LSP, dat werkt volgens het principe "one-size-fits-all", maar maatwerk.

Ontwikkeling

De Whitebox is ontwikkeld door huisartsen van de huisartsenkring Amsterdam-Almere met als initiatiefnemer de huisarts Hein Thiel, en een onderzoeker van de Universiteit van Amsterdam, Guido van 't Noordende. Met het [hiervoor opgerichte bedrijf Whiteboxsystems](#) wordt dit najaar een pilot uitgevoerd met een twintigtal huisartsen, die gebruik maken van het huisartsinformatiesysteem TetraHIS. Het huisartsenpostsysteem Callmanager kan ook met de Whitebox communiceren. De basistoepassing is nu de waarneming. Andere toepassingen kunnen met behoud van de intrinsieke veiligheid in de nabije toekomst geïmplementeerd worden, zoals de koppeling van huisartsen aan apothekers, waarbij koppelingen per patiënt met meerdere apothekers kunnen worden gemaakt. Ook voor doorverwijzing naar de specialist, diabetesverpleegkundige of spoedzorg kunnen toepassingen aangezet worden door de arts. De reden om het te gaan ontwikkelen was om een alternatief te bieden voor het LSP, maar dan veel veiliger, schaalbaar en op basis van privacy-by-design.

LSP

Tegen het gebruik van het LSP en de voorloper, het Landelijk Elektronisch PatiëntDossier(L-EPD), bestaat forse oppositie. Naast protesten van diverse organisaties die waken over privacy loopt er een rechtszaak(hoger beroep) van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen tegen de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), de verantwoordelijke voor het LSP waarin de privacybescherming en bewaking van het beroepsgeheim een grote rol spelen. Bezwaren zijn vooral gelegen in centralistische opzet met massale toegangsmogelijkheid en de omvang van de hoeveelheid gegevens

die opgevraagd kunnen worden. Die gegevens omvatten een standaard dataset, de professionele samenvatting, waaruit de opvragende zorgaanbieder de voor hem/haar relevante data moet destilleren. Bij de opvraging ziet de bron-houdende huisarts niet wie de data opvraagt en moet op het systeem vertrouwen dat de opvrager gerechtigd is de data op te vragen. Alleen achteraf is na te gaan wie de gegevens opvroeg. Het gaat dus niet om communicatie van specifieke informatie voor een gekend doel aan een gekende derde. De communicatie die via het LSP verloopt kent geen end-to-end beveiliging(authenticatie), omdat de berichten binnen de LSP-server korte tijd onversleuteld zijn. Kortom: het is confectie in medisch dataverkeer, top-down ingevoerd.

Whitebox

Met de Whitebox houdt de zorgverlener samen met de patiënt de controle over het delen van gegevens(welke, met wie en voor hoelang). De huisarts bepaalt zelf wie toegang kan krijgen tot de gegevens. Er bevindt zich geen centrale computer tussen de zorgaanbieders, die communiceren. Er is geen ontsleuteling van de data onderweg. Het systeem werkt decentraal en is regionaal flexibel in te zetten. Het is geen landelijk systeem met flexibele regionale schotten, die softwarematig bepaald zijn en die VZVZ als verantwoordelijke voor het LSP liever opgeheven ziet. Bij het LSP is de toegang tot de gegevens mogelijk voor alle zorgaanbieders. Afhankelijk van het beroep(huisarts of apotheker) kan de opvrager bepaalde delen van de gegevens inzien. Het principe achter de Whitebox is dat geselecteerde gegevens uit een patiëntdossier alleen opvraagbaar zijn, nadat een andere zorgaanbieder actief door de huisarts geautoriseerd is. Het autoriseren is dus actief en gericht. Het is "push-autorisatie" te noemen. Daaropvolgend is er wel sprake van pull-communicatie, dus het opvragen van gegevens live uit het systeem van de arts, maar met een fijnmazig in te regelen filter er overheen, alleen voor één persoon (de geautoriseerde). Uiteraard kan de bron-houdende

huisarts meerdere zorgaanbieders “push-autoriseren”. Deze kunnen daarna via pull-verkeer gegevens opvragen, maar anderen dan die geautoriseerde personen niet. Door de schaalbaarheid van de communicatie met de Whitebox is er duidelijk sprake van het creëren van maatwerk bij de datacommunicatie tussen zorgverleners, bottom-up in te voeren.

Verademing

Bij alle discussie rond het LSP is het een verademing om te zien dat er met de Whitebox een alternatief is voor het medische dataverkeer werkend vanuit een totaal ander principe. Het zou zeer wenselijk zijn als op korte termijn andere huisartsinformatiesystemen de mogelijkheid krijgen de Whitebox te gaan gebruiken.

W. J. Jongejan

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

Privacy-overtredingen bij Suwinet waarschuwing voor medisch pull-dataverkeer



Het afgelopen half jaar is het niet correcte gebruik van het

Suwinet herhaaldelijk in het nieuws geweest. [Het programma Argos](#) berichtte er uitgebreid over, in veel kranten(o.a. [NRC-Handelsblad](#)) werd er aandacht aan besteed. Eerder had het College Bescherming Persoonsgegevens(CBP) [eind 2014](#) gerapporteerd, dat de gemeente 's-Hertogenbosch de zaken t.a.v. het Suwinet-gebruik totaal niet op orde had. In juni 2015 kondigde het CBP aan een lopend onderzoek naar het Suwinet-gebruik uit te breiden met acht gemeenten, nadat de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid gemeld had dat het met het hanteren van de veiligheidsnormen slecht gesteld was. In de loop van anderhalf jaar was het aantal gemeenten dat aan de normen voldeed slechts gestegen van 4 naar 17%, een onbegrijpelijk laag percentage.

Suwinet

De grondvesten voor dit netwerk zijn gelegd in 2002 met als doel (persoons)gegevens van burgers tussen diverse overheidsorganisaties uit te wisselen in het domein Werk en Inkomen op basis van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen(SUWI). Het is een besloten netwerk dat ondersteund, beheerd en verder ontwikkeld wordt door een onderdeel van het UWV (Uitvoerings-instituut WerknemersVerzekeringen). Via diverse applicaties bestaat toegang tot (persoons)gegevens van burgers, waaronder financiële data. De bronhouders van de gegevens zijn onder andere de Gemeentelijke Sociale Diensten, het UWV en de Sociale VerzekeringsBank, maar ook de belastingdienst en de rijksdienst voor het wegverkeer. Naast deze partijen hebben ook de Immigratie- en NaturalisatieDienst, de Inspectie SZW, gemeentelijke belastingdeurwaarders, gemeenten in het kader van de meld- en coördinatiepunten voortijdig schoolverlaters en de Stichting Netwerk Gerechtsdeurwaarders toegang tot het netwerk. Er zijn veel protocollen en richtlijnen voor de toegang gemaakt, maar daar blijkt een meerderheid van de gemeenten zich niet aan te houden.

Inhoud

Welke soorten gegevens zijn zo al in te zien? Dat blijkt ontstellend veel te zijn: verblijfsplaats, gezagsverhouding op werk, arbeidsinformatie, inkomsten-verhoudingen, uitkeringsaanvragen, resultaat van opleidingen, loon, voertuigregistratie(bron: Rijksdienst voor het wegverkeer), gegevens belastingdienst, studiefinanciering, rechtstreeks betaalde alimentatie, onbelaste reiskosten, aanvragen re-integratie-trajecten, vorderingen, arbeidsgeschiktheid, medebewoners op het huidige adres, huwelijk/partnerschap en relaties.(bron: NRC dd 13-08-2015).

Kortom het hele sociale en financiële doopceel van iedere Nederlander. Het is als het ware de pendant van de medische domein met medische data van burgers die bij zorgaanbieders opgeslagen zijn. Men zou veronderstellen dat de partijen die toegang hebben tot Suwinet dan ook zorgvuldig omgaan met die data in het kader van de privacy, maar niets blijkt minder waar te zijn. Ondanks alle mooie woorden in protocollen en voorschriften wordt er in de praktijk de hand mee gelicht. Het is een netwerk geworden van brondossierhouders met zeer veel personen/instanties die toegang hebben tot die brondossiers, ook al zeggen de protocollen het tegenovergestelde.

Wat gaat er mis?

Gemeentelijke diensten blijken niet alleen gegevens op te kunnen vragen van onder hun aandachtsgebied vallende burgers, maar van alle burgers. Niet-gemeentelijke instanties die door de gemeente ingehuurd zijn, zoals private incassobureaus blijken niet correct geautoriseerd, toch toegang te hebben tot het netwerk. Inzage van gegevens beperkt zich niet tot debiteuren die aangemaand moeten worden, maar kan zonder beperking ook de data van alle burgers omvatten. De republiek Ierland bleek niet alleen toegang te hebben tot data van Ieren die woonachtig waren in 's-Hertogenbosch, maar tot die van alle mensen die woonachtig zijn in Nederland. Bovendien bleek

de aanvankelijke permissie niet op tijd verlengd te zijn. Het onderzoeksprogramma Argos, van Vara, VPRO en Human, stelt heel terecht dat uitbesteden en toegang tot Suwinet niet samengaan.

Tegenhanger

Bij vergelijking met het medisch dataverkeer, waarvoor het Landelijk SchakelPunt(LSP) als allesbeheersend systeem gepusht wordt, valt op dat er daar ook sprake is van een fors aantal brondossierhouders met een zeer groot aantal personen die deze gegevens kunnen opvragen. Het gaat net als bij het Suwinet om pull-dataverkeer. De toegang is wel beveiligd met de UZI-pas met pincode, maar dat is geen garantie voor inzage door onbevoegden/on-geautoriseerden op de werkplek. In 2011 werd [een onderzoek](#) gepubliceerd bij apothekers, waaruit bleek dat zeer slordig omgegaan werd met de UZI-pas(niet uitloggen bij verlaten werkplek, elkaars inlog-gebruiken etc.). Onbevoegd toegang krijgen tot het systeem is in het medische data-netwerk van het LSP evengoed mogelijk als bij het Suwinet. Doordat zowel het Suwinet als het LSP een bijzonder groot aantal personen met een toegangsautorisatie kennen, is misbruik bij beide netwerken zeer wel mogelijk. In ziekenhuizen wordt de beveiligde toegang tot computerwerkplekken vaak door werknemers als lastig ervaren. Inlog op elkaars toegangspas, noteren van wachtwoorden op of bij het beeldscherm komt helaas vaak voor. Onbevoegde toegang tot het LSP-systeem is daardoor mogelijk.

Misbruik

Bij Suwinet is meermalen gerapporteerd dat ambtenaren zich meermalen toegang verschaffen tot gegevens van Bekende Nederlanders(BN-ers) zonder ambtelijke noodzaak. Hoewel duidelijke protocollen over bestaan over wat wel of niet mag, blijken ambtenaren ongewenste menselijke zwakheden te bezitten. Van [een ambtenaar in Leiden](#) werd dit via de logging van de inzagen opgespoord. Welke straf deze ambtenaar kreeg bleef geheim. Bij misbruik van de toegang tot het LSP zijn

hoge geldboetes vastgelegd. Controle op onterechte inzage is evenals bij het LSP-gebruik pas achteraf mogelijk. [Evenals bij het LSP-gebruik](#) kan de burger bij het [Suwinet opvragen](#) of er gegevens over het netwerk zijn verzonden en wie met wie communiceerde.

Toegang

Hoewel er nog geen berichten zijn gepubliceerd over onterechte toegang tot patiëntgegevens via het LSP is het gewoon een kwestie van wachten tot zulks plaats vindt. In wezen vindt er op huisartsenposten al onterechte toegang plaats, omdat bij iedere patiënt die op de post komt en die in de LSP-index voorkomt de gegevens bij de brondossiers opgevraagd worden nog voor de huisarts de patiënt ziet. Louter het feit dat de post bezocht wordt is reden om de data op te vragen, niet de vraag van de dienstdoende huisarts om de gegevens te mogen inzien. Als reden wordt opgegeven dat zo het consult op de post niet vertraagd wordt door LSP-bevraging, maar het klopt niet dat in een aantal gevallen onnodig gegevens opgevraagd worden.

Het grote probleem met zowel Suwinet als LSP is de massale toegangsmogelijkheid van de brondossiers, waarbij gemakzucht en menselijke zwakheden maken dat gegevens onterecht kunnen worden ingezien. Hoewel er veel ruchtbaarheid gegeven is aan de Suwinet-problemen is het onbegrijpelijk dat er niet veel meer burgerprotest is tegen een overheid die de privacy van de eigen burgers ernstig schendt in weerwil van fraai papierwerk.

De hier gemaakte fouten moeten ons extra alert maken ten aanzien van problemen bij het medische pull-dataverkeer.

W.J. Jongejan

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