

Dwang richting LSP toch weer in contracten huisartsenzorg 2016



Het aansluiten op en gebruik maken van het Landelijk SchakelPunt(LSP) door zorgaanbieders mag niet afgedwongen worden door zorgverzekeraars. Dat is het gevolg van de motie, die door de Tweede Kamerleden Attje Kuiken en Linda Voortman op 22 december 2011 ingediend en daarna aangenomen werd. Dat de zorgverzekeraars zich daar niet aan hielden, bleek al vrij snel bij de contracten voor huisartsenzorg in 2012. Toen werd een inspanningsverplichting opgenomen in de modelcontacten voor 2013. Onder dreiging van een kort geding slikten de zorgverzekeraars de passage weer in. Nadien heeft zich dat nogmaals herhaald. Ook nu zijn er weer bij diverse zorgverzekeraars knellende bepalingen opgenomen in de contracten voor 2016 en later. Hierbij een uitgebreid overzicht en commentaar.

CZ

In het de Overeenkomst Vrijgevestigd Huisarts 2016-2018 staat de passage over het elektronische berichtenverkeer in artikel 7. De tekst luidt:

Artikel 7. Informatie

...

- 3. Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP) De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via de elektronische weg met andere zorgverleners uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich aansluiten op het LSP. Het VZVZ heeft een stappenplan en een toolkit ontwikkeld om de aansluiting te realiseren. Het VZVZ keert vergoedingen uit aan de huisarts bij aansluiting op en gebruik van het LSP. De zorgaanbieder heeft als taak om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling'. komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. Via de VZVZ is ook hiervoor een toolkit voor de zorgaanbieder ontwikkeld.*

Het is duidelijk dat CZ duidelijk een inspanningsverplichting oplegt aan de zorgaanbieder via het contract om aan te sluiten op het LSP en vragen van opt-in-toestemmingen voor gebruik van het LSP bij contract oplegt.

De Friesland

In de Overeenkomst Huisartsenzorg 2016-2017 van zorgverzekeraar De Friesland, onderdeel van het Achmea-concern staat in artikel 16 het volgende:

Artikel 16 Gegevensuitwisseling/rapportage

- 1. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in stand houden alsmede het gebruik van een elektronisch patiëntendossier. Hierbij wordt de landelijke ontwikkeling gevolgd.*

- 2. De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor een elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij de elektronische uitwisseling van gegevens houdt de zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht. De zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst niet meer vrijblijvend is.*

.....

Heel duidelijk wordt hier middels het contract gepusht richting het LSP. Het “niet meer vrijblijvend” zijn van een rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting wordt zelfs in de mond genomen.

DSW

Het contract dat huisartsen afsluiten met de zorgverzekeraar DSW is niet rechtstreeks op het internet te vinden. Het kan via Vecozo, als men in het bezit is van een toegangscertificaat, ingezien en getekend worden. Een uitleg van die werkwijze op de DSW-website aan de hand van een voorbeeld doet vermoeden dat er geen passage over deelname aan en stimulering van het gebruik van het LSP in staat.

Menzis

In de Basisovereenkomst Huisartsenzorg 2015-2016 van Menzis

staat in artikel 5 een opmerkelijke passage:

Artikel 5

.....

- 3. Het bepaalde in artikel 10 lid 3 van de algemene inkoopvoorwaarden zorg 2015 betreffende het Landelijk SchakelPunt is niet van toepassing.*

Als we nu gaan kijken wat er in die Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2015 staat dan zien we het volgende:

Artikel 10 Privacy

- 1. Partijen voeren hun werkzaamheden, waaronder mede het verwerken van gegevens in het kader van de overeenkomst, uit met inachtneming van de bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens gestelde voorschriften.*
- 2. Partijen treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor het veilig kunnen uitwisselen van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie.*
- 3. De zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling zo spoedig mogelijk gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt.*

Het blijkt dus dat Menzis voor 2016 van geen dwang meer wil weten, terwijl dat in 2015 nog leefde.

VGZ

In de Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2016-2017 Individueel Deel Zorgovereenkomst staat in artikel 4 onomwonden wat VGZ de huisartsen bij contract wil opleggen over het LSP.

Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk SchakelPunt (LSP)

Artikel 4. De huisarts werkt volgens de door de beroepsgroep gedragen standaarden inzake informatieoverdracht en communicatie en wisselt op gestandaardiseerde en beveiligde wijze gegevens uit.

VGZ stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De huisarts spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen.

De huisarts spant zich in om zijn patiënten in te lichten over het beschikbaar stellen van gegevens via bijvoorbeeld het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling' komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is één van de oprichters van de VZVZ. Zij hebben zich gecommitteerd aan de landelijke doelstelling.

Hiermee is zonneklaar wat VGZ met het contract beoogt ten aanzien van het LSP

Zilveren Kruis

Deze zorgverzekeraar houdt het heel algemeen in de Overeenkomst Huisartsen 2016-2017 en noemt geen LSP.

Artikel 2 Kwaliteitseisen

.....

- 7. De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De contractant spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen.*

Zorg en Zekerheid

In het contract van deze zorgverzekeraar vond ik geen passage over het LSP

Nog steeds dwang

Uit het bovenstaande moge blijken dat het gros van de zorgverzekeraars willens en wetens ondanks een Tweede Kamermotie en de opmerking van de minister van VWS dat er geen dwang mag worden toegepast toch in de contracten voor het komende jaar dit toepassen. De zorgverzekeraars hebben van 2013 t/m 2015 25 miljoen euro per jaar in het LSP gestoken en zullen waar voor hun geld willen zien. Het toepassen van de dwang middels contractering is één van de twee convergerende activiteiten: het afdwingen van aansluiting op het LSP en het steeds meer stimuleren van het vragen van opt-in-toestemmingen. Wat men doet is illegaal, maar het gebeurt toch.

De minister van VWS probeert zich hier uit te draaien door te stellen dat het weliswaar niet mag maar dat zij geen invloed op de zorgverzekeraars heeft om het tegen te gaan, omdat voornoemde contracten iets zijn tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn.

Van de Landelijke Huisartsen Vereniging zal gezien haar opstelling in het verleden en de organisatorische betrokkenheid bij de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), die het LSP beheert, geen tegenactie verwacht kunnen worden. Het lijkt voor de hand liggend dat de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen weer de kat de bel aan zal binden. Zij deed het al twee keer eerder.

W.J. Jongejan

MEDINT: Laakbaar gebruik van medische gegevens



Afgelopen week vestigde de oud-directeur van de Militaire Inlichtingen en Veiligheidsdienst (MIVD) Pieter Cobelens luidruchtig in het programma Pauw de aandacht op de grote interesse, die onze veiligheidsdiensten hebben voor allerlei grote databestanden, ook voor elektronische patiëntendossiers. Het geeft aan hoeveel interesse inlichtingendiensten hebben in medische gegevens ongeacht de gevolgen die inbreuken in het medische beroepsgeheim hebben. Naar aanleiding van enkele artikelen op het internet ga ik nader in op het begrip MEDINT.

Soorten intelligence

De inlichtingenwereld kent dezer dagen een breed scala aan methoden om legaal of illegaal aan data te komen. De Amerikanen zijn dol op afkortingen, dus ook hierbij. Zo zijn er (bron: Wikipedia, lemma: Geheime dienst):

- OSINT (Open Source Intelligence): inlichtingen uit openbare bronnen
- HUMINT (Human Intelligence): inlichtingen uit menselijke bronnen ("spionnen")
- SIGINT (Signals Intelligence): inlichtingen uit elektronische signalen ("afluisteren")

- IMINT (Imagery Intelligence): inlichtingen uit luchtfoto's en satellietbeelden
- GEOINT (Geospatial Intelligence): inlichtingen uit verschillende bronnen gepresenteerd op landkaarten
- CLASSINT (Classified information Intelligence): inlichtingen uit geclassificeerde informatie van partnerdiensten
- MEDINT (Medical Intelligence): inlichtingen op medisch gebied
- FININT (Financial Intelligence): inlichtingen uit financiële bronnen
- TRAVINT (Travel Intelligence): inlichtingen uit reisgegevens

EPD's

In het tijdperk van de papieren patiëntdossiers was het Nederland voor de inlichtingendiensten tamelijk moeilijk en bewerkelijk om aan medische gegevens te komen, zo ze er al aan konden komen. Met het verschijnen van de elektronische patiëntdossiers(EPD'S) ontstond de technische mogelijkheid om dergelijke gegevensverzamelingen via al dan niet slinkse wegen eventueel te kunnen benaderen. Het makkelijkst is dat bij gebruik van een centrale computer, het Landelijk SchakelPunt(LSP), waar de medische data bovendien korte tijd onversleuteld in dat systeem aanwezig zijn. De poging van de oud-directeur van de MIVD om dergelijk acties doodgewoon te doen lijken moet dan ook gezien worden als een poging de inzage legaal te doen maken.

USA

In de USA is het gebruik maken van informatie uit medische dossiers van burgers aldaar door inlichtingendiensten via wetgeving min of meer gelegaliseerd. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van een tweetal reguleringen: The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule daterend uit 2003 en de Patriot Act(Public Law 107-56) of

voluit de Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism Act uit 2001.

Beide wetten maken het mogelijk medische data te "oogsten". Bij de eerste wet is het nog mogelijk als burger navraag te doen naar het opvragen van die data. De Patriot Act echter verbiedt iedereen die gedwongen is met deze wet in de hand om data te overhandigen, daar melding van te maken.

De HIPAA kent een uitzondering(de zogenaamde "national security exception"), die de dokters en ziekenhuizen toestemming geeft om medische gegevens te verstrekken aan daartoe geautoriseerde federale ambtsdragers(inlichtingendiensten, NSA etc). Het wordt de patiënt wel ergens op papier of elektronisch getoond dat zoiets kan gebeuren op het moment dat iemand voor het eerst als patiënt geregistreerd wordt. Het zal net zo zijn als met de lappen tekst die bij het gebruik van software voorgeschoteld worden voor men software installeert: de zog. End User Licence Agreement. Formeel is het gemeld, maar niemand ziet het.

De Patriot Act zit wat het verkrijgen van medisch informatie wat anders in elkaar. Daar is het sectie 215 van deze wet die het mogelijk maakt om met een gerechtelijk bevel(niet openbaar van een speciale rechtbank) inzage af te dwingen. Zie daarvoor de tekst in artikel a sub3 in deze link.

Deze informatie is nog uitgebreider te lezen op de website van de Electronic Frontier Foundation (<https://www.eff.org/issues/national-security-and-medical-information>) waar bovenstaande informatie van afkomstig is.

Vergaand

In juni 2015 publiceerde Wayne Madsen in de USA een artikel op de website van de Strategic Culture Foundation met de kop "NSA makes medical intelligence operations a priority". Het

artikel is gebaseerd op informatie van Edward Snowden over de MEDINT-activiteiten van de National Security Agency(NSA). Deze dienst blijkt medische informatie te misbruiken om patiënten op te sporen of te vermoorden. Wayne Madsen concludeert dat de NSA op een hellend vlak bezig is met betrekking tot het naleven van de privacy- en gegevens-beschermings-regels van tientallen landen, alsmede internationale wetgeving inzake mensenrechten en oorlogsvoering. Hij vermeldt ook de betrokkenheid van de Britse diensten: GCHQ(Government Communications Headquarters) en MI-6(Military Intelligence, Section 6), de Britse buitenlandse inlichtingendienst).

Wat men in het kader van de MEDINT doet is: het extraheren uit de data van het patroon van leven van iemand. Het gaat om de identificatie van alle terugkerende, en dus voorspelbare, gedragingen die voortvloeien uit het behandelregime van een doelwit door diens medische aandoening: medicatie, medische tests, chirurgische behandelingen, het ziekenhuis- en doktersbezoek. (citaat artikel Wayne Madsen).

Bij het opsporen van Osama bin Laden werd op aandringen van de veiligheidsdiensten de Pakistaanse arts Shakil Afridi bereid gevonden een nep-hepatitisvaccinatieprogramma op te zetten om DNA te verkrijgen van kinderen van Osama die bij hem in diens vermoedelijke verblijfplaats woonden. Dat mislukte, maar de regering van Pakistan kwam er achter, waarop Afridi eerst tot 33 jaar celstraf, later tot 23 jaar veroordeeld werd.

Het verkrijgen van DNA in het kader van MEDINT gaat voor de USA nog veel verder. In het hetzelfde artikel van Wayne Madsen is te lezen dat het DNA verzameld wordt van regeringsleiders, hooggeplaatste VN-personeel en VN-diplomaten, naast de leiding van de OESO(Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) , IAEA(International Atomic Energy Agency) en de WHO(World Health Organization)

Wayne Madsen besluit zijn artikel met de opmerking:

“It is abundantly clear from the Snowden revelations and the State Department classified cables allegedly supplied by Bradley, now Chelsea, Manning that the U.S. intelligence community has embarked on a dangerous program of using medical intelligence to assassinate HVIs, or «high-value individuals”

Onwenselijkheid

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat MEDINT bestaat. Wat ervan bekend is, maakt duidelijk dat het meewerken aan dergelijke inspanningen van inlichtingendiensten in Nederland uiterst onwenselijk en laakbaar is. Het gaat dus ook niet aan dat onze eigen inlichtingendiensten pogingen in het werk stellen om elektronische patiëntendossiers te willen en mogen inzien en de data te gebruiken voor non-descripte acties. Een land verliest zijn geloofwaardigheid als vrije natie als dergelijke activiteiten gesanctioneerd zouden worden door de politiek, zoals eerder wel gebeurde in de USA.

W.J. Jongejan

**Oud-chef MIVD wil inzage in
elektronische
patiëntendossiers bij
terrorismebestrijding**



Op maandag 16 november was in het programma Pauw(VARA) de oud-directeur van de Militaire Inlichtingen en Veiligheidsdienst(MIVD) Pieter Cobelens te gast. Met een enkele andere gasten werden de tragische aanslagen in Parijs die 72 uur eerder plaatsvonden besproken. Het koppelen van elektronische patiëntendossiers aan andere databestanden vindt hij noodzakelijk in het kader van terrorismebestrijding. Zijn bijdrage aan de discussie duurt van 7 min.38 sec. tot 11 min. 16sec. in de uitzending. (Zie de link in de eerste regel). Het waren zorgwekkende uitingen van iemand uit de hoek van de veiligheidsdiensten die niet alleen maar afgedaan kunnen worden als stoere praat na een serie aanslagen. Zijn woorden hebben diepere betekenis en hebben grote consequenties. Een nadere analyse.

Oorlog

In de uitzending vraagt Jeroen Pauw aan Cobelens: **“Hoe lang is het al oorlog”**. Deze begint met de opmerking dat het al speelde in Afghanistan met de bedoeling de oorlog daar te houden en dat Nederland terrorisme daarna ook in Mali volgde en bestrijdt. Zonder nadere vraag van Pauw gaat Cobelens verder: **“We moeten alles doen met de spullen en middelen die we hebben...We moeten onze analytische capaciteit benutten en databases die we hebben aan elkaar koppelen. ..Data die we in grote stofzuigerzakken opbergen moeten we encrypten(versleutelen) en de sleutel bij de minister leggen...Data die we in Nederland ter beschikking hebben moeten we aan elkaar koppelen. Als het nodig is moet je gegevens van de Sociale VerzekeringsBank(SVB), elektronische**

patiëntendossiers, creditcard- en reisgegevens gebruiken “. Tenslotte zegt hij nogal bout en manipulatief: “Onze gezamenlijke veiligheid is van groter belang dan mijn privacy. Als ik dood ben heb ik niets aan mijn privacy”. Hierop kom ik later apart terug.

EPD/LSP

Als Cobelens hier spreekt over elektronische patiëntendossiers dan zal hij waarschijnlijk niet alleen doelen op het opvragen van medische data door veiligheidsdiensten bij individuele zorgaanbieders of ziekenhuizen. Het zou een dermate tijdsverslindende operatie zijn in geval van acute dreiging en dan niet echt werkbaar. Waarop hij vooral doelt is in mijn ogen het gebruik door veiligheidsdiensten van de faciliteiten die het Landelijk SchakelPunt(LSP) biedt. Het maakt immers bij raadpleging van dossiers via het LSP niet uit waar een dossier zich bevindt om het te kunnen raadplegen. Waar hij in feite om vraagt is tweeledig: het overrulen van het beroepsgeheim en het hebben van een achterdeur(backdoor) in een landelijk werkend systeem. De facto zou het dan gaan om een Nederlandse variant van de Patriot Act. Het patiëntendossier, of het nu op papier of elektronisch wordt bijgehouden, heeft slechts één doel, namelijk het vastleggen van de ziektegeschiedenis en behandeling van iemand teneinde bij verder medisch handelen daar op terug te kunnen vallen. Het wordt niet bijgehouden voor overheden dan wel veiligheidsdiensten.

SVB

Met de SVB-gegevens doelt Cobelens op de gegevens die via het SUWINET te raadplegen zijn. Het gaat om een heel scala van (overheids)diensten die hun databases koppelden in het kader van fraudebestrijding. Dat hij deze instantie hier noemt is opvallend. Formeel hebben de veiligheidsdiensten hier geen inzage. In de praktijk blijkt het SUWINET echter zo lek als een mandje en hebben veel meer personen en bedrijven inzage in de met het SUWINET verbonden diensten dan wenselijk

en ooit afgesproken is. Praktisch gesproken zou een dienst als de MIVD er zonder veel inspanning bij kunnen komen, hoe onwenselijk dat ook mag zijn in het kader van de privacy.

Conflict van plichten

Indien een arts op enige wijze door zijn beroepsuitoefening op de hoogte zou zijn van zeer ernstige bedreiging van individuen of de samenleving dan staat het die arts vrij eigenstandig en niet door dwang van veiligheidsdiensten contact op te nemen met bevoegde instanties om een dergelijke feit te melden. De arts kan zich dan beroepen op een conflict van plichten. De wetenschap dat veiligheidsdiensten inzage zouden willen en zouden kunnen hebben in medische dossiers gaat vroeg of laat ten koste van de zorg van patiënten omdat zorgverleners anders gaan aanzien tegen het registreren van gegevens in hun systemen. Het feit dat er decentraal elektronische patiëntdossiers bestaan en er ook een landelijk systeem functioneert om dossiers in te zien ongeacht de plaats van de bron, rechtvaardigt in geen mate het willen en kunnen inzien van medische dossiers.

Twee keuzes

Cobelens zet de rechtvaardiging voor het opgeven van privacy extra scherp aan door te stellen dat hij niets aan zijn privacy heeft als hij dood is. In wezen stelt hij zijn gehoor voor twee keuzes: òf privacy opgeven òf dood. Dit is een uiterst manipulatieve wijze van argumenteren. Keuzen betreffen over het algemeen niet een dichotomie maar kennen over het algemeen meer mogelijkheden dan de steller biedt. Het kiezen van deze twee keuzen is bewust gedaan om het debat in de samenleving te sturen richting het openstellen van databases, ook de medische. Wat via de gewone politieke weg niet lukt wordt nu gepoogd salonfähig te maken via een discussieprogramma.

Opstelling

De wijze waarop de heer Cobelens opereerde in Pauw kan gezien worden als een opzette om het vasthouden aan privacy en in het bijzonder het medisch beroepsgeheim steeds meer ter discussie te stellen in de samenleving. Een operationeel diensthoofd van de AIVD of MIVD is niet te verwachten in een dergelijk programma. Een oud-directeur kan echter makkelijk zaken ventileren ten faveure van deze diensten. Het liefst wil "men" ons doen geloven dat privacy dood is en nu ook de medische privacy. Niets is minder waar. Een samenleving waarin iedereen met een sleepnet via een scala van databases opeens tot verdachte kan worden gebombardeerd is geen vrije samenleving.

Privacy is wat Folkert Jensma, juridisch redacteur van het NRC-Handelsblad, ooit noemde: het recht de gordijnen te mogen sluiten.

W.J. Jongejan

Nu drie smaken van opt-in-toestemmingsformulieren voor het LSP-gebruik



In de recente nieuwsbrief (november2015) van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie(VZVZ), die beheerder is van het Landelijk SchakelPunt(LSP), staan enkele zaken, die de

aandacht trekken van een doorgewinterde LSP-volger. Deze keer blijkt het opt-in-toestemmingsformulier niet één, maar plotseling drie smaken te kennen. Recent, op 21 september 2015 werd al duidelijk dat er een heel subtiele toevoeging had plaatsgevonden in het opt-in- toestemmingsformulier. In de toestemming komt sindsdien gegevens beschikbaar stellen “via het LSP” voor. Hierdoor is de toestemming niet voor andere data-uitwisselingssystemen in de zorg te gebruiken. Nu komen opeens variaties van het toestemmingsformulier in omloop.

Ingetrokken lofzang

VZVZ publiceert regelmatig op haar website www.vzvz.nl stukjes die als stimulans zijn bedoeld voor zorgaanbieders om aan te sluiten op het LSP en opt-in-toestemmingen te vragen. Krap twee weken terug stond er een stuk op de website over hoe goed het LSP wel was om bij (geïstitutionaliseerde) verstandelijk gehandicapten tijdens weekend-/avonddiensten etc. over de medische gegevens te kunnen beschikken. Een arts voor verstandelijk geheandicapten (AVG-arts) werd ten tonele gevoerd die een lofrede hield. Na enkele dagen bleek de bijdrage opeens spoorloos verdwenen te zijn en is die tot nu toe niet teruggekeerd. Naar mijn oordeel kon dat alleen maar te maken met het afwijkend toestemmingsprincipe dat voor deze groep Nederlanders geldt. Zij vallen immers ook onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz), waardoor de toestemming door een curator dan wel mentor geregeld moet worden. Dat blijkt ook de reden te zijn dat er nu een nieuw toestemmingsformulier voor die groep gemaakt is.

Smaak 1

Voor iemand die krachtens de Wbopz opgenomen werd, is een apart toestemmingsformulier ontwikkeld. De persoonsgegevens van die persoon worden ingevuld. Hij/zij tekent niet zelf, maar wel de curator/mentor van de betrokkene die ook de eigen persoonsgegevens invult. Daarnaast moet de curator/mentor ook

een kopie toevoegen van de beschikking van de rechtbank die de vertegenwoordiging sanctioneerde met daarin de vermelding over welke persoon het toezicht is verleend. Dit alles maakt het vastleggen van de toestemming van de opt-in-toestemming bij de zorgverlener nog ingewikkelder. Immers naast de toestemming moet nu ook feit dat de toestemming door een curator/mentor is verleend worden vastgelegd, naast de persoonsgegevens van de curator/mentor. Tenslotte zal ook moeten worden vastgelegd dat de zorgverlener in het bezit is van een kopie van de rechterlijke uitspraak over de wettelijke vertegenwoordiging.

Het maakt het vastleggen van de toestemming alleen maar nog ingewikkelder en dan heb ik het nog niet eens over het vastleggen van de categorieën zorgaanbieders die eventueel uitgesloten kunnen worden van communicatie in het kader van de “gespecificeerde toestemming”.

Smaak 2

Uit de nieuwsbrief blijkt dat er nu ook een combinatie-toestemmingsformulier is waarop niet aan één, maar aan twee zorgaanbieders tegelijk toestemming kan worden gegeven de medische gegevens beschikbaar te stellen voor inzage via het LSP. Elk vak met gegevens van de onderscheiden zorgaanbieders heeft een aan-vink-vakje met de keuze: huisarts dan wel apotheker. Het is te hopen dat men het niet zo bont maakt als mijn eigen apotheker die behalve voor de eigen apotheek ook toestemming voor mijn huisarts vroeg. En dat terwijl mijn huisarts helemaal geen aansluiting op het LSP heeft en dus zelfgeen opt-in-toestemmingen vraagt. Deze actie van VZVZ lijkt overduidelijk ingegeven door de wens de opt-in-aantallen een boost te geven.

Smaak 3

Het derde formulier is het door VZVZ zo genoemde enkelvoudige toestemmingsformulier. Het is het formulier dat al wat enige tijd bestaat en de toestemming voor één zorgaanbieder

vastlegt. Het is recent in september 2015 zoals ik in de aanhef vertelde, nog aangepast om defensieve redenen.

Overhaast

Zoals u heeft kunnen zien is VZVZ met de lofrede over het LSP-gebruik bij verstandelijk gehandicapten duidelijk overhaast te werk gegaan. Het bouwwerk dat nu gemaakt is met de toestemmingen en de noodzaak alle items vast te leggen geven het geheel van de toestemmingen een steeds rommeliger aanzien. Daarbij moet ook worden vermeld dat de meeste ICT-systemen van zorgaanbieders absoluut niet gereed zijn om de extra gegevens correct vast te leggen.

Wordt ongetwijfeld vervolgd.

W.J. Jongejan

Hoger beroep in rechtszaak VPHuisartsen versus VZVZ over LSP op 11 december 2015



Het hoger beroep dat de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen(VPHuisartsen) aantekende tegen de uitspraak van de

Rechtbank Midden-Nederland in de zaak tegen de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) zal op vrijdag 11 december 2015 om 09.30u plaatsvinden. Dit vernam ik uit doorgaans goed ingelichte bron. Op die dag zullen in het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, locatie Arnhem, de advocaten van beide partijen hun pleitnota's uitspreken en zo de degens kruisen over de rechtmatigheid van het elektronische berichtenverkeer met gebruikmaking van het Landelijk SchakelPunt(LSP) dat door VZVZ beheerd wordt. Op 23 juni 2014 deed de Rechtbank Midden-Nederland uitspraak en stelde VZVZ in het gelijk. Het was echter een Pyrrhusoverwinning te noemen. Ik verwoordde dat op 4 augustus 2014 op de website www.huisartsvandaag.nl. De Rechtbank omschreef de positie van VZVZ als de facto een monopolie en stelde dat bij elke uitbreiding van het berichtenverkeer boven het huidige (huisarts-huisartsenpost-apotheek) VZVZ opnieuw voor die uitbreiding een aanvullende opt-in- toestemming moet vragen aan de burgers. In het vonnis waren mijns inziens toen voldoende aanknopingspunten te vinden om een hoger beroep in te stellen, hetgeen ook geschiedde.

ZN lijkt hoger beroep af te wachten

Het LSP van VZVZ draait volledig op de 25 miljoen euro per jaar die Zorgverzekeraars Nederland(ZN) voor drie jaar(2013 t/m 2016) vastlegde in een convenant. Hoewel ZN samen met andere partijen die VZVZ dragen, commitment voor de komende tijd heeft uitgesproken t.a.v. het voortzetten van het LSP in een intentieverklaring d.d. 26 november 2014, heeft ZN geen definitieve financiële toezegging in het openbaar gedaan. Recent, op 4 oktober 2015, publiceerde ik daar ook een bijdrage over. Het lijkt er dus op dat ZN liever het hoger beroep afwacht alvorens weer miljoenen in een project te stoppen dat niet echt wil vlotten. Ook politiek is er nog steeds een probleem omdat het wetsontwerp 33509 dat het wettelijk fundament onder het LSP zou moeten vormen in de Eerste Kamer(EK)stagneert . Momenteel wacht de EK al maanden

op een antwoord van de minister van VWS op vragen over de toename van de regeldruk voor zorgaanbieders door het steeds ingewikkelder wordende toestemmingsprincipe. De minister zit in een zeer lastig parket. Niet antwoorden kan niet, omdat ze daarmee de EK minacht, die vervolgens volledig kan gaan dwarsliggen. Wel antwoorden en zeggen dat de toename van de regeldruk wel meevalt kan ook niet, omdat kamerbreed in de EK de evidente toename van de regeldruk als zeer problematisch wordt ervaren. Wel antwoorden en bevestigen dat de regeldruk fors toeneemt kan ook niet, omdat de EK dan ook dwars gaat liggen. De minister zegt de laatste tijd vaak zich in te zetten voor afname van de regeldruk bij de zorgaanbieders.

Hoezo kansloos?

Bij herhaling hebben voorstanders van het LSP middels uitspraken en tweets rond de rechtszaak in eerste aanleg van VPHuisartsen versus VZVZ en de uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland laten weten dat VPHuisartsen met een kansloze zaak bezig was. De dag van het publiceren van het Whitebox-initiatief was er evenzo een storm van tweets die aangaven hoe kansloos het wel is en hoeveel beter het LSP is. Inhoudelijk is er mijns inziens veel af te dingen op de uitspraak van de Rechtbank Midden-Nederland. De beschreven reacties en het uitblijven van een publiekelijk bekendgemaakte langdurige financiering van het LSP door ZN sterken mij daarin.

Adres

Voor de liefhebbers van het bijwonen van de hoger beroepszitting vermeld ik hierbij het adres: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, locatie Arnhem. Paleis van Justitie, Walburgstraat 2-4, 6811CD te Arnhem.

W.J. Jongejan

Beeldtelefoon in de zorg. What to do when riding a dead horse?



Al een ruim 10 jaar wordt gepoogd de beeldtelefoon(zorg op afstand=telezorg=TV-foon) in de zorg te implementeren. Vooral bij ouderen die nog zelfstandig thuis wonen wordt het als een elektronische oplossing gezien om grote groepen mensen te monitoren c.q. er frequent contact mee te onderhouden. Het past in theorie hele mooi in het beleid om mensen ze lang mogelijk thuis te laten wonen. De praktijk is echter zeer weerbarstig. Nergens komen de projecten echt goed van de grond. Telkens wordt door deze of gene organisatie het zonder succes weer opgepakt. Toch heeft de overheid gesteld dat het in 2019 landelijk uitgerold moet zijn. NICTIZ heeft nu bij monde van de organisatie Trendition een rapport uitgebracht waarin aanbevelingen voor een succesvolle aanpak worden aangereikt. Trendition is een samenwerkingsverband van NICTIZ met het REshape Center van het RadboudUMC. De aanbevelingen roepen een gelijkenis op met de inhoud van een document dat gebaseerd is op de wijsheid van de Dakota-indianen.

Mislukken

Er zijn veel redenen te bedenken waarom dit soort projecten

mislukken. Topdown uitgerold, weerstand tegen “moderne” technieken, maar ook is voorstelbaar dat er een gevoel bij mensen is privacy te verliezen door dit soort structurele bemoeienis met het dagelijkse leven. Megalomane projecten zijn opgezet, bijv. door de thuiszorgorganisatie Meavita die in 2009 failliet ging. Miljoenen gingen verloren door de massale aankoop van apparatuur terwijl uiteindelijk maar rond de 1400 gebruikt werden. 1300 bij medewerkers om het uit te proberen en 100 bij cliënten.

Riding a dead horse

De beeldtelefoon(ik heb het hier niet over Skype of Facetime) is te karakteriseren als een zogenaamd “dead horse”. De vraag is uiteraard: “What to do, when riding a dead horse”. Het voor de hand liggende antwoord is: “Dismount the horse”. Dat wordt echter verrassend weinig gedaan met projecten die de zegen van de overheid hebben, in dit geval VWS.

Voorstellen Trendition

In het rapport van dit samenwerkingsverband staan op pagina 30 onder het hoofdstuk Aanbevelingen de volgende adviezen:

- Begin klein
- Begin met een bepaalde groep cliënten
- Blijf beeldschermzorg evalueren
- Zorg voor draagvlak, in alle lagen in de organisatie
- Genereer informatie over het effect van de toepassing
- Zorg voor constante begeleiding van betrokkenen
- Maak op een enthousiaste manier de meerwaarde van de toepassing duidelijk
- Houd rekening met je doelgroep
- Bied beeldschermzorg aan als reguliere zorg
- Neem weerstand door kennistekort weg bij de zorgverlener
- Kies zorgvuldig een leverancier uit
- Zorg voor een goede internetverbinding en goed werkende en gebruiksvriendelijke hardware

- Betrek familie bij de implementatie
- Waarborg de bekostiging van de beeldschermzorgtoepassing vanuit je reguliere budget

Management solutions when riding a dead horse

Heel vaak wordt er niet van een dood paard afgestapt, maar worden andere wegen bewandeld, die achteraf verre van effectief blijken te zijn. Dit werd in het verleden aardig verwoord in een bijdrage van de College and University Public Relations Association of Pennsylvania (CUPRAP) getiteld "Indian Wrestling with Management. Ik zal u de eerste twintig niet productieve oplossingen tonen met een preambule over de wijsheid van de Dakota-indianen.

Dakota Indian tribal wisdom passed on from one generation to the next says that when you discover that you are riding a dead horse, the best strategy is to dismount. In modern business, government, and academia factors parameterized as discounted cashflow/return on investment extrapolations and managerial performance evaluations are critical junctures. Other dead horse strategies must be appraised to boost the bottom line.

- What dead horse?
- Buy a stronger whip and beat the dead horse.
- Change riders.
- Contact Personnel and demand an explanation.
- Appoint a committee to study the dead horse.
- Assemble a PowerPoint dead horse presentation.
- Has the dead horse's warranty expired?
- Visit subsidiaries to see how they ride dead horses.
- Upgrade dead horse working conditions.
- Have President Bush the Lesser declare "the dead horse has already begun to awaken."
- Increase standards to include dead horses.
- Attend a Dead Horse Motivational Seminar
- Assign the dead horse to Marketing.

- Assign the dead horse to R&D.
- Retrofit the horse with new tack.
- Shorten the track.
- Create a training session to increase the riders' load share.
- Rotate the dead horse into FIFO inventory.
- Discard the saddle; ride the dead horse bareback.
- Point the dead horse in the opposite direction and note how well he maintains his position.

Voor de fanatiekelingen onder de lezers zal ik onder deze link het hele stuk beschikbaar stellen. De aandachtige lezer zal al gemerkt hebben dat met de adviezen van Trendition er verrassend vaak gehandeld wordt volgens de aangedragen alternatieven.

Gezichtsverlies

Voor overheden is gezichtsverlies het belangrijkste argument om toch door te gaan met niet goed lopende projecten. Het is echter achteraf altijd toch gezichtsverlies dat meestal heel duur betaald wordt. Kijk maar naar de HSL, de Fyra, het PGB-debacle etc etc. Het is echter geld van de burger die door diezelfde overheid gerepresenteerd wordt.

W.J. Jongejan

Waarom lekken meerdere

stukken over het LSP anoniem?



Met enige regelmaat schrijf ik op www.zorgictzorgen.nl en eerder op www.huisartsvandaag.nl artikelen over elektronische communicatie van medische data via het Landelijk SchakelPunt(LSP). In een aantal gevallen zijn die gebaseerd op informatie die mij anoniem aangereikt werd en anderszins bevestigd kon worden. Je gaat je dan afvragen waarom berichtgevers, over het algemeen zorgaanbieders die aangesloten zijn op het LSP, zo handelen. Meestal ging het om zaken waarvan op dat moment het voornemen of bestaan tot dan toe nog niet echt bekend was. Soms komt het per post maar recent ook per email via een website die het anoniem mailen mogelijk maakt. Bij het bespreken van medische datacommunicatie zou je in eerste instantie verwachten dat zaken open en transparant zijn. Dat blijkt dus niet het geval, althans dat wordt blijkbaar zo door de berichtgevers ervaren. In dit artikel een poging tot analyse van dit fenomeen.

Frictie

Dat er op het LSP aangesloten huisartsen niet allemaal even gelukkig zijn met hun keuze daartoe is al duidelijk af te leiden uit het gegeven dat bij een aansluitingspercentage van rond de tachtig procent voor huisartsen slechts rond de dertig procent van de Nederlanders de opt-in-toestemming heeft gegeven om de medische gegevens te doen opvragen. Een flink aantal huisartsen is in het verleden door de destijds daarvoor geldende subsidie aangesloten, niet goed wetende wat die

aansluiting verder nog inhield. Dat is: het voldoen aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem, de logistiek van het vragen van opt-in-toestemmingen, de consequenties van het verdwijnen van OZIS etc. Ook mee zal spelen dat bij het LSP er langdurig sprake is van door public-relations geschapen verwachtingsmanagement. Er werd en wordt de luid geroepen dat er al zo veel data uitgewisseld worden, maar op de werkvloer wordt dat niet ervaren. Er is dus een soort voedingsbodem waarop lekken mogelijk is, maar waarom dan anoniem?

Verklaring

In de eerste plaats lijkt er een gevoel van gêne bij de te bestaan om luid en duidelijk negatieve zaken over het LSP en de daarvoor verantwoordelijke Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) te ventileren. Het kan dan als niet “bon ton” ervaren worden openlijk negatieve zaken te ventileren over iets waar min of meer bewust een keuze vóór gemaakt is. Door anoniem per post of email stukken op te sturen blijft naar buiten toe de eendracht bewaard en is toch een ontwaarde bedreiging of misstand via een omweg openbaar gemaakt. Het lijkt erop dat collegae soms in gewetensnood raken bij het weet hebben van bepaalde ontwikkelingen, maar geen mogelijkheid zien de eerder gekozen koers pro-LSP op te geven. Er bestaat ook zoiets als groepsdruk, waarbij de lekkende collega de angst heeft om door zijn collegae na zelf openlijk publiceren met de nek aangekeken te worden.

Mogelijk speelt ook een belangrijke rol datgene wat in artikel 6 .3 van de Algemene Voorwaarden behorende bij de Gebruiksovereenkomst van het Servicecentrum van VZVZ gesteld wordt en door de zorgaanbieder ondertekend is bij de aansluiting op het LSP:

“Gebruiker is er zich van bewust dat de door Servicecentrum verstrekte informatie, waaronder – maar niet daartoe beperkt – informatie inzake het gebruik van de Infrastructuur, als bedrijfsvertrouwelijk geldt en dat deze informatie niet aan

derden ter beschikking mag worden gesteld, behoudens met voorafgaande schriftelijke toestemming van Servicecentrum, welke toestemming niet op onredelijke gronden zal worden onthouden."

In feite wordt alle informatie die door VZVZ verschaft wordt en op VZVZ slaat als bedrijfsvertrouwelijk beschouwd. Een juridische rem dus op het met open vizier communiceren van informatie die door de zorgaanbieder als conflicterend met zijn of haar geweten wordt bevonden. Het is mijns inziens maar helemaal de vraag of een dergelijke formulering juridisch valide is en van gebruikers gevraagd kan worden bij contract.

Tegenovergesteld

Eigenlijk leveren alle voorstanders van het LSP met open vizier commentaar op berichten van tegenstanders van het LSP. Er is eigenlijk tot mijn verrassing één voorstander die al enige tijd volledig anoniem Twitter-berichten stuurt, namelijk EPDTweets. Er hoeft maar een zuchtje tegenwind te staan of er komen tweets uit die hoek. Mogelijk wil de persoon, die er achter zit, niet dat zijn/haar directe collegae weten dat hij/zij tot het voorstanderskamp hoort.

Rigide

Eigenlijk vindt anoniem lekken van informatie voornamelijk plaats bij grote en rigide organisaties die eenheid willen uitstralen. Bij een zo belangrijk onderwerp als medische datacommunicatie blijkt dat bij meerdere mensen op bepaalde momenten het geweten gaat opspelen zonder dat ze zich denken te kunnen ontworstelen aan de situatie waarin ze verkeren.

Er zal dus nog wel meer gelekt gaan worden in de toekomst.

W.J. Jongejan