

Motie Teunissen In Eerste Kamer forse steun voor alternatieven LSP



Op 4 oktober 2016 nam de Eerste Kamer het wetsontwerp 33509 aan. Het geeft in theorie elke vorm van elektronisch zorgcommunicatie een wettelijk basis, maar is de facto bedoeld om de zorgdata-uitwisseling een steeds centralistischer vorm te geven. Naast de infrastructuur met het Landelijk SchakelPunt(LSP) als centrale computer is het ook de bedoeling om te komen tot het centraal vastleggen van de opt-in-toestemming in een structuur die men via een portaal wil koppelen aan het LSP. De Eerste Kamer heeft door het aannemen van de motie Teunissen op 25 oktober 2016 decentrale vastlegging van de toestemmingen en autorisaties alsnog veilig gesteld. Dit is van belang omdat decentrale alternatieven voor het gebruik van het LSP niet de pas worden afgesneden door de wet. Op dit moment test men in Amsterdam het Whitebox-systeem dat geen centrale computer vereist en waarbij de toestemmingen en autorisaties decentraal zijn vastgelegd. De minister belijdt met de mond dat decentrale en centrale initiatieven haar even lief zijn. Bij het toesturen naar een centrale plaats voor vastlegging van toestemmingen en autorisaties door de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) en Patiëntenfederatie Nederland zou de facto een standaard ontstaan waardoor decentrale initiatieven het nakijken hebben.

Tekst motie

De Eerste Kamer nam met 40 tegen 35 stemmen [de gewijzigde motie \(33509-T\)](#) van Christine Teunissen van de Partij voor de Dieren aan en luidt:

De Kamer, gehoord de beraadslaging,

constaterende, dat er afgelopen jaren vooral voortgang is gemaakt in de ontwikkeling van centrale systemen voor de uitwisseling van medische gegevens;

constaterende, dat zorgverleners behoefte hebben aan het kunnen bieden van verbeterde toegang tot of inzage in patiëntgegevens aan andere zorgverleners ten behoeve van verantwoorde zorg;

overwegende, dat zowel arts als patiënt erop moeten kunnen vertrouwen dat zij deze toegang op zo privacybeschermend mogelijke wijze kunnen realiseren;

overwegende, dat de gecentraliseerde verwerking van gevoelige medische persoonsgegevens en privacybescherming op gespannen voet kunnen staan;

verzoekt de regering ervoor zorg te dragen dat toegang tot het medisch dossier niet alleen gecentraliseerd, maar ook decentraal via bij de zorgaanbieder vastgelegde toestemmingen en autorisaties mogelijk zal blijven,

en gaat over tot de orde van de dag.

Wijziging

[In eerste instantie was de motie tekstueel iets anders.](#) In de laatste zin van de eerste versie van de motie(33509-S) stond het woord "huisarts" in plaats van "zorgaanbieder". Dit was van belang omdat elektronische communicatie ook plaats vindt tussen huisarts en apotheek(en andere zorgaanbieders in de toekomst). Daarnaast droeg de eerste versie van de motie de

minister op de ontwikkeling van het decentraal vastleggen van de toestemmingen en autorisaties actief te stimuleren. Dat was voor minister Schippers een brug te ver, zo bleek in het debat over die versie van de motie. Tussen de regels door valt in dit standpunt van de minister toch wel de sturing richting een centrale structuur te lezen. Zonder de zinsnede over het actief stimuleren behoudt de gewijzigde motie 33509-T toch zijn evidente waarde voor de decentrale alternatieven voor het LSP.

W.J. Jongejan

Nonsens-antwoord minister VWS op Kamervragen UZI-pas- probleem



Minister Schippers is er gisteren in geslaagd een onzinnig antwoord te geven met wegwuiven van de eigen verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS bij de beantwoording van Kamervragen. [Deze waren op 27 september gesteld door de D66-kamerleden Verhoeven en Dijkstra.](#) Deze

gingen over het advies van het UZI-register, vallend onder de dienst CIBG van het ministerie, aan zorgaanbieders om de webbrowser op hun systemen tijdelijk niet te updaten. Dat heeft te maken met het gebruik van verouderde Java- en ActiveX browser- plug-ins door de UZI-pas software. [Deze pas die de overheid uitgeeft is niet alleen in gebruik voor de autorisatie en authenticatie als een zorgaanbieder gebruik wil maken van het Landelijk SchakelPunt\(LSP\)om zorgdata uit te wisselen.](#) Veel apotheek- en huisartsinformatie-systemen, maar ook de software van huisartsenposten maken gebruik van de UZI-pas om werkers in te laten loggen in het systeem. Browserupdates die de ondersteuning van Java uitschakelen kunnen er dan ook voor zorgen dat de software van zorgaanbieders niet meer werkt en het niet updaten van browser-software maakt deze kwetsbaar voor indringers omdat verse beveiligingsupdates niet plaatsvinden.

Ontwikkend

[In het antwoord van minister Schippers, gedateerd 25 oktober 2016](#) , zegt zij dat ze op de hoogte is dat het stoppen van de ondersteuning al sinds januari 2016 bekend is. Het probleem speelt tussen de leveranciers van softwarepakketten en de afnemers van deze pakketten (zorgaanbieders). Omdat er signalen waren dat de softwareleveranciers dit probleem niet overal onderkend en opgelost zouden hebben, is besloten actie te ondernemen volgens haar. De UZI-pas van de overheid heeft voor het functioneren software nodig die door externe partijen gemaakt wordt om te functioneren in samenwerking met software van zorgverleners. Specificaties voor die software zijn door de overheid verstrekt. Door te stellen dat het probleem speelt tussen leveranciers van software en zorgaanbieders ontkent de minister volkomen ten onrechte alle eigen verantwoordelijkheid van het ministerie. Die is er wel degelijk omdat door het maken en verplicht stellen van de UZI-pas voor identificatie en authenticatie bij zorgsystemen de overheid wel degelijk een partij is bij dit probleem. De

overheid heeft zich tussen softwareleverancier en zorgaanbieder genesteld met de UZI-pas. [Bovendien is het zo dat de het systeem niet voldoet aan de web-richtlijnen van de overheid. Daarin staat dat een browser-plug-in de functionaliteit mag uit breiden, maar dat alle informatie ook zonder plug-in toegankelijk moet zijn. \(zie commentaar in het artikel in deze link\)](#)

Mist

Iets verder in haar antwoord op de Kamervragen geeft de minister een antwoord dat ik ter overdenking hier integraal afdruk.

Zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijk ten aanzien van beveiliging van de eigen ICT-omgeving. Het is belangrijk dat zorgverleners zelf de afweging maken tussen beveiliging en mogelijke beperking in functionaliteit. Om deze afweging te kunnen maken heeft het CIBG besloten via de betreffende de mail de zorgverleners te informeren. Ik ben mij bewust van het belang van beveiligingsupdates en zal in beginsel altijd adviseren beschikbare beveiligingsupdates van browsers en bijhorende plug-ins te installeren. In de mail van 21 september jl. adviseert het CIBG om automatische updates niet meer te laten plaatsvinden. Dit betekent dat deze updates alleen kunnen plaatsvinden in een gecontroleerd proces waarbij ook getest wordt of het pakket waar de zorgaanbieder mee werkt, ook na de update blijft werken. Op basis van een eigen risico inventarisatie dient de aangeschreven zorgverlener te beoordelen op welke wijze hij het advies van het CIBG implementeert. Bij de initiële e-mail is het NCSC niet betrokken geweest. Op dit moment is het NCSC betrokken bij het dossier.

Hierin zegt ze in eerste instantie dat het altijd goed is om de browsers te updaten en plug-ins te installeren. Daarna komt ze met het mistige verhaal dat de up[dates in een “gecontroleerd proces” getest moeten worden om te zien of

alles nog werkt na de update. Vervolgens komt ze met de opmerking dat de zorgverlener een eigen risico-inventarisatie moet maken om te beoordelen of het advies van het CIBG om de browser maar even niet te updaten opgevolgd wordt.

Verantwoordelijkheid

Enerzijds geeft de minister aan dat de eigen dienst CIBG een verantwoordelijkheid heeft in deze kwestie, maar anderzijds schuift ze volkomen ten onrechte de verantwoordelijkheid af naar eindgebruiker, de zorgaanbieder. Kwalijk is ook dat het CIBG een advies gaf aan alle UZI-pashouders dat consequenties heeft voor de zorgverlener-systemen zonder het Nationaal Cyber Security Center (NCSC) daarin te kennen. Dat is een zeer duidelijke omissie.

De kern van het probleem is dat het ministerie met de UZI-pas zich tot op detailniveau heeft genesteld in het al dan niet goed functioneren van de software van zorgaanbieders. Als de UZI-pas dan opeens niet kan werken heeft dat zeer grote consequenties.

W.J. Jongejan

Overstap datacentrum verloopt niet vlekkeloos voor Medicom



Het huisartsinformatiesysteem(HIS) Medicom van PharmaPartners stapt over van het KPN Cyber Center Flevoland naar een datacentrum van Pink Roccade Healthcare. [Ik berichtte daar op 20 juli 2016 over](#). Het overzetten van de Medicom-clusters heeft al plaats gevonden. Bij Medicom werkt men in groepen van huisartsen en apothekers, clusters genaamd. Naast het overzetten van deze data zouden [deze week een aantal centrale componenten](#) overgezet gaan worden. [Op de eerste dag, 24 oktober, trad een storing op in het datacentrum](#), waar wel een oplossing voor gevonden werd maar onzeker was of er een stabiele situatie bestond. De migratieactiviteiten die de rest van de week gepland stonden zijn nu tot nader order uitgesteld tot men zeker is van een stabiele omgeving. Het probleem speelt niet alleen voor het HIS Medicom maar ook voor het huisartsenpostsysteem Hapicom en het apotheeksysteem Pharmacom. Deze problematiek maakt weer eens duidelijk dat het overzetten van een HIS naar een ander datacentrum een kwetsbare operatie is. Niet alleen voor Medicom. Het kan alle HIS-sen overkomen.

Centrale componenten

Dit zijn allerlei externe toepassingen waar dit HIS-gebruik van maakt. Een HIS al langere tijd niet meer iets wat op zich zelf staat maar veel koppelingen heeft programmatuur er buiten.

Daarbij gaat het bij Medicom om:

- [Qualizorg](#). Daarbij moet u denken aan patiënte-ervaringsonderzoek in het kader van kwaliteitsbewaking.

- De [Stichting Inschrijving Op Naam](#). (ION). Deze stichting bevordert dat alle Nederlandse ingezetenen ingeschreven staan bij een BIG-geregistreeerde en dus erkende huisarts. Bovendien faciliteert ION het versturen van zorgdossiers van de oude huisarts naar de nieuwe middels beveiligde zorgmail.
- Het rechtstreeks aanleveren van declaraties.
- De koppeling met het [Sectorale BerichtenVerkeer-Zorg\(SBV-Z\)](#) van de overheid waarmee Burgerservicenummers opgevraagd en gecontroleerd kunnen worden. `

Ook voor Hapicom en Pharmacom zijn er meerdere centrale componenten die nu wachten op het overzetten naar het nieuwe datacentrum.

Kerstboom

Zoals hierboven vermeld speelt de aanwezigheid van veel externe koppelingen bij alle HIS-sen. In wezen is een HIS een kerstboom die met een piek en een paar ballen geleverd wordt maar waar in de loopt van tijd veel meer ballen en slingers gehangen zijn. Daarbij ging het in de eerste plaats om koppelingen met apotheken om recepten elektronisch te versturen. Daarna volgden de verwijsbrieven, de laboratoriumuitslagen etc.. Elektronisch declareren is sinds een aantal jaren ook de standaard en vereist berichtenverkeer met [VECOZO](#). Ook de communicatie met het Landelijk SchakelPunt is erbij gekomen en vereiste nogal wat programmeerwerk en logistiek. Er zijn nog veel meer toepassingen te noemen. Het gevolg is dat bij veranderingen in de infrastructuur waarop een HIS draait zeer nauwgezette maatregelen genomen moeten worden om de continuïteit te waarborgen voor de praktijken.

Vroeg of laat zal elk HIS tegen het probleem dat Medicom nu treft een keer aanlopen.

Wordt vervolgd dus.

W.J. Jongejan

Ronkende eHealth-promo-praat van VWS richting Tweede Kamer



Bij het lezen van [de brief die de bewindslieden van VWS, Schippers en van Rijn, op 6 oktober j.l. naar de Tweede Kamers stuurden over eHealth](#) merkte ik dat het ministerie alle registers met managementtaal open heeft getrokken om eHealth te promoten. eHealth is door het ministerie van VWS omarmd om de zorg toekomstbestendig te maken. Bezuinigingen door eHealth zijn al ingeboekt. Het moet en zal dus een succes worden voor VWS. De brief, met als titel "Voortgangsrapportage eHealth en zorgvernieuwing" laat zich lezen als een stuk met ronkende stimuleringstaal. Daarbij valt er ook weer geld van VWS te vergeven. 105 miljoen euro over drie jaar verdeeld plus nog eens 20 miljoen euro. De kost gaat blijkbaar voor de baat uit, want het ministerie is meestal niet zo scheutig. De minister lijkt te verwachten door toename van de efficiëntie of substitutie veel geld te besparen in de toekomst.

PR

De Kamerbrief is subtiel van opzet. Bang dat het stimuleren van technologische oplossingen en met name ICT kil overkomt begint deze met het ten tonele voeren van [Tim](#), een patiënt met multiple medische problemen, voor wie eHealthtoepassingen veel betekenen. Het is alleen niet bepaald de gemiddelde zieke burger. Maar zo krijgt eHealth even een menselijk gezicht. In de samenvatting op pagina één tot en met vier gaan de opstellers helemaal los. Ze schetsen eerst een zorglandschap waarin allerlei eHealthtoepassingen bottom-up lokaal en regionaal ontstaan met eventueel een landelijke potentie. Beeldzorg wordt er ook weer bijgehaald. Het aparte is dat beeldzorg nu juist iets is dat kleinschalig wel gedijt, maar [waarbij het opschalen naar grote aantallen gebruikers nergens goed blijkt te werken](#). Zelfs de [Gartner hype cycle](#) en de [Rogers innovatie curve](#) worden erbij gehaald om te beargumenteren dat validatie, marktontwikkeling en succesvolle implementatie en opschaling de nodige tijd en inspanning kosten. VWS geeft hiermee aan wel te moeten acteren. VWS stelt dat belangen doorbroken moeten worden voor een succesvolle samenwerking. Helaas komen andere belangen van overheden, zorgverzekeraars en ICT-bedrijven daarvoor in de plaats.

Snelle actie met snelle namen

Onder het motto het huidige tempo van adoptie van eHealth verder te optimaliseren komt de minister met nieuw acties.

- Het organiseren van een **nationale eHealth-week** voor burgers, mantelzorgers, patiënten en zorgprofessionals in januari 2017. Het is te hopen dat de minister en de staatssecretaris niet dezelfde onzin gaan uitkramen als in september dit jaar. In de aanloop naar de Europese eHealth-week zeiden ze dat in 2030 alle ziekenhuizen niet meer nodig zullen zijn.
- Er moet een **Fast Track initiatief** komen om sneller en *duurzamer* (de vraag was wanneer dat modewoord een keer zou gaan vallen) op te schalen.
- Het openen van een laboratorium voor **Health Impact**

Bonds (HIB) om organisaties te adviseren en steunen bij de totstandkoming van deze Bonds.. Hier had ik het gevoel het spoor even bijster te zijn. Via Google werd het mij duidelijk het een [nieuw financieringsinstrument is voor de implementatie of opschaling van projecten](#), een nieuwe vorm van publiek-private samenwerking. Het is een instrument om private investeerders/fondsen, zorgverleners, zorgverzekeraars en ministeries te committeren aan innovatie in de zorg. Bij een HIB financiert een private investeerder een interventie die gezondheidswinst en kostenbesparingen oplevert. Dan kunnen investeerders uit die besparingen worden terugbetaald door die partij bij wie de besparingen vallen. Health Impact Bonds lijken veelbelovend, maar tegelijk zijn er ook duidelijke knelpunten. Bijvoorbeeld het aantonen van causaliteit en van besparingen, de meetbaarheid en beschikbare data, perverse prikkels in het zorgsysteem, meerdere opdrachtgevers en hoge transactiekosten.

- Er gaat een **Innovatiecurriculum Gezondheid & Zorg** komen in samenwerking met ReShape Center van het RadboudUMC en betrokkenheid van het Canadese MaRS, een non-profit organisatie op het gebied van innovatie, en het uiterst commercieel opererende Singularity University. [Dat is gewoon een bedrijf met winst oogmerk en heeft niets maar dan ook niets te maken met een universiteit](#). Het enige wat het doet is congressen organiseren over innovatie..
- **Handelsmissies worden opgetuigd** naar Japan, de VS en Canada om eHealth-toepassingen uit te venten. De Hollands koopman komt weer boven.
- **Het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)** gaat de komende drie jaar 35 miljoen euro per jaar krijgen.

Dadendrang

Nog is de lijst van voorgenomen activiteiten uitgedrukt. Er

volgen nog wat actiepunten.

- VWS ondersteunt de ontwikkeling van een **persoonlijke gezondheidsomgeving (MedMij)** door een coalitie onder leiding van de Patiëntenfederatie Nederland (PN). Heel vreemd is dat niet want de PN wordt voor meer dan 80 procent door subsidies van VWS gesponsord en is zo een trouwe vazal van VWS. Opvallend is dat niet meer gesproken wordt van een persoonlijk Gezondheids Dossier (PGD). Blijkbaar heeft dat inmiddels een negatieve connotatie.
 - Het programma **Zorg voor Innoveren** van VWS met de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en ZonMW wil meer bekendheid gaan geven aan de regelgeving.
 - VWS en NZa verruimen de beleidsregel **Zorginnovatie**
 - VWS en het ministerie van Economische Zaken gaan met bedrijven en andere veldpartijen werken aan **Healthdeals**.
 - VWS wil “vernieuwers” samenbrengen in een ‘**dwarsdenknetwerk**’.
 - In het **Startup2scaleupnetwerk** moeten startups, incubators, financiers, patiënten en zorgaanbieders ervaringen uitwisselen en nieuwe initiatieven onderzoeken.
- **Het landelijk netwerk zorginnovatie** wordt ondersteund door VWS.
 - Er komen **zorginnovatiewinkels**, waar mensen de mogelijkheden van digitale zorg kunnen ervaren.

Identificatiemiddel

Tussen die ronkende promopraat staat ook het afhankelijk zijn van het ontwikkelen van een betrouwbaar publiek identificatiemiddel (eID). Hiermee staat of valt de toegang tot zorgdata. Het nieuwe identificatiemiddel was onderwerp van [veel kritiek](#) nog voor het in de Tweede Kamer besproken gingt

worden. [Van meerdere kanten](#) door niet de minsten, werd de Tweede Kamer benaderd met waarschuwingen rond de gang van zaken rond het eID, nu opeens Idensys-systeem genoemd. [De vaste Tweede Kamercommissie voor Binnenlandse zaken op 29 september](#) was dan ook uiterst kritisch over de plannen van minister Plasterk. Het betekent dat alle mooie plannen van VWS afhankelijk zijn van de implementatie van een nu al ter discussie staand identificatiemiddel.

Promo-praat

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de bewindslieden van VWS met veel verbaal geweld proberen eHealth er bij zorgverleners en burgers door te drukken. De Kamerbrief laat zien dat er grote bemoeienis is geweest van PR- en beleidsmedewerkers. De plannen verschaffen ook zeker weer werk voor zorgconsultants, die alle plannen moeten gaan begeleiden. Of de zorg nu erg gebaat is met eHealthplannen die top-down opgelegd gaan worden is maar helemaal de vraag. Organische groei van die eHealth-toepassingen die waardevol gebleken zijn is een verstandiger weg om te begaan dan het van bovenaf doordrukken van wilde plannen. De brief van de bewindslieden heeft iets weg van twee pubers, die iets mooi en gaaf vinden, maar er toch bange gevoelens bij hebben, en zich overschreeuwen als ze het erover hebben.

W.J. Jongejan

**Voorkom uitholling van
medisch beroepsgeheim. Doe**

een beroep op de senaat.



[Het wetsontwerp 33980](#) ligt nu bij de Eerste Kamer na [goedkeuring in de Tweede Kamer](#). De naam van dit voorstel is officieel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving. [Door deze wetswijziging worden de mogelijkheden om in het belang van fraudebestrijding het medisch beroepsgeheim op te heffen volledig.](#) Tot nu toe kon met een keuze voor een restitutiepols een patiënt zijn privacy beschermen. Met de beoogde wijziging is dat ook niet meer mogelijk. Veel zorgverleners zien dit wetsvoorstel als de zoveelste poging om het medisch beroepsgeheim uit te hollen dan wel af te schaffen. De website www.privacybarometer.nl heeft het initiatief genomen senatoren te benaderen per email om hen te bewegen tegen het wetsontwerp te stemmen. Het wetsontwerp wordt gezien de omvang van het probleem, fraudebestrijding in de zorg, dat de minister ermee wil bestrijden als disproportioneel beschouwd door zorgverleners.

Achtergronden([bron: privacybarometer](#))

Zorgverzekeraars krijgen met dit wetsvoorstel wettelijke bevoegdheden om fraude op te sporen. Als er vermoedens van fraude zijn, moet de zorgverzekeraar een stappenplan volgen om te kunnen vaststellen of er gefraudeerd is. De eerste stap gaat het minst diep en heeft de minste impact op privacy. Met elke volgende stap kan de verzekeraar meer gegevens opvragen.

De laatste stap is de inzage in de medische dossiers van mensen. Elke volgende stap mag pas genomen worden als de vorige geen duidelijk antwoord gaf of het fraude betreft. De precieze voorwaarden bij de stappen en de voorwaarden bij de inzage in het medisch dossier worden later door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. De Tweede Kamer krijgt daarbij inspraak. Als het daadwerkelijk tot de laatste stap komt en de zorgverzekeraar heeft in het medische dossier gekeken, moet zij de patiënt binnen drie maanden hierover inlichten. Dus achteraf in plaats van wat veel wenselijker is: toestemming vragen vooraf.

Medisch beroepsgeheim([bron: privacybarometer](#))

Dit wetsvoorstel is een inperking van het medisch beroepsgeheim. Commerciële zorgverzekeraars krijgen immers de mogelijkheid om medische dossiers van mensen in te zien zonder daarvoor toestemming te vragen. Dat is een fundamentele koerswijziging. Het medisch beroepsgeheim is er om de zorg toegankelijk te maken. Mensen kunnen in vertrouwen hun problemen voorleggen, zonder dat ze bang hoeven zijn dat deze veelal intieme informatie bij anderen terecht komt. Door die zekerheid zoeken mensen tijdig hulp, waarmee niet alleen hun eigen gezondheid is gediend, maar ook de gezondheid van de samenleving als geheel. Eerder besloot de Tweede Kamer ook al dat [justitie in medische dossiers mag kijken](#) om de toerekeningsvatbaarheid van verdachten te beoordelen. Het trieste is dat voor fraudebestrijding in de zorg naar het oordeel van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg(iBMG) geen uitbreiding van bestaande wet- en regelgeving nodig is. [Dit staat vermeld in een rapport dat door het instituut is opgesteld](#), nota bene in opdracht van het ministerie van VWS.

Beroep op senatoren

Uiteraard wil niemand het plegen van fraude verdedigen en is er ook niets tegen het terugdringen ervan. Het is wel zeer

bezwaarlijk dat zonder toestemming vooraf van patiënten/cliënten zorgverzekeraars medische dossiers zouden mogen inzien voor dat doel. Op 13 september j.l. heeft de Tweede Kamer ingestemd met het wetsvoorstel 33980 die dit mogelijk moet maken. Het is de verwachting dat de Eerste Kamer in december 2016 over dit voorstel zal stemmen.

Als u ook van mening bent dat het medisch beroepsgeheim niet verder uitgehold moet worden kunt u [door op deze link te klikken een kant-en-klare brief vinden](#) die kan worden gestuurd aan senatoren in de commissie volksgezondheid die nog twifelen over hun stem. De relevante mailadressen van de senatoren die zitting hebben in de vaste Kamercommissie voor VWS staan in bovenstaande link met de brief vermeld. Door op de naam van een senator te klikken zal uw mailprogramma een mail aan die senator adresseren. U kunt uw eigen tekst er in zetten maar ook met knippen een plakken van de voorbeeldbrieftekst.

Een tweede mogelijkheid is om via een petitie uw stem te laten horen:

<https://schrapp3398016.petities.nl>

Nog beter is het natuurlijk om beide te doen!

Ondersteuning

De actie van Privacybarometer wordt ondersteund door de Stichting Koepel van DBC-vrij Praktijken (KDVP). Deze zet zich in voor het behoud van privacy en vertrouwelijkheid binnen de (geestelijke) gezondheidszorg door het beheer van privacygevoelige informatie geheel te laten bij cliënt en hulpverlener. De KDVP procedeerde met succes meermalen tegen de verplichting om diagnose-informatie op declaraties van GGZ-hulpverleners te moeten zetten.

Ook ik kan mij volledig aansluiten bij het beroep dat nu gedaan wordt de senatoren op andere gedachten te brengen.

Laat het medisch beroepsgeheim niet verloren gaan.

W.J. Jongejan

23-10-2016: [Het Platform Bescherming Burgerrechten](#) ondersteunt ook deze actie, evenals Specifieke Toestemming.

Functionaliteit LSP beperkt: geen medicatieoverzicht voor ruim 3000 huisartspraktijken



De gang van zaken rond het Landelijk SchakelPunt(LSP) doet denken aan een olietanker die slecht gevuld heel langzaam vaart. Vol lof is de rederij, de Vereniging van Zorgaanbieders voor ZorgCommunicatie(VZVZ), over de lading en de vorderingen tijdens de lange reis. VZVZ doet graag voorkomen dat er veel lading is en de reis vlotjes loopt. De werkelijkheid is echter veel weerbarstiger. [In december 2015 liet VZVZ weten](#) dat er al vier huisartsinformatiesystemen(HIS-sen) een medicatieoverzicht konden produceren dat via het LSP bij aangesloten huisartsen en apotheken opgevraagd was. Daarbij vooropgesteld dat de patiënt bij deze zorgaanbieders toestemming heeft verleend daarvoor. In de herfst van 2016

blijkt de situatie met het medicatieoverzicht onveranderd te zijn.

HIS-sen

Het gaat om de HIS-sen CGM Huisarts, Medicom, Promedico VDF en Promedico ASP die het afleveringsoverzicht van de apotheken kunnen inlezen via het LSP. VZVZ geeft frequent hoog op over alles wat er met het LSP zo al gebeurt, maar de PR-afdeling onder leiding van Alf Zwilling waakt voor het naar buiten brengen van niet (goed) lopende zaken. Drie grote HIS-sen blijken echter vandaag de dag achter te blijven en kunnen nog steeds niet een medicatieoverzicht via het LSP produceren. Het gaat om MicroHIS, OmniHIS en TetraHIS, die er wel mee bezig zijn maar het nog niet geïmplementeerd hebben. Dat betreft rond de 2500 tot 3000 huisartspraktijken, substantiële aantallen dus. De producenten van de HIS-sen moeten de bestaande software aanpassen aan de specificaties die door VZVZ zijn opgesteld op basis van Nictiz-standaarden. Voor de ene producent is het makkelijker dan voor de andere om dat te realiseren binnen de bestaande eigen software. Ook spelen prioriteiten een rol. Het kan zijn dat een bepaald HIS programmeercapaciteit nodig heeft om meer urgente verbeteringen in de functionaliteit aan te brengen, waardoor de realisatie van een medicatieoverzicht via het LSP achter blijft.

Apart

Op zich heeft het achterblijven van met name het huisartsinformatiesysteem MicroHIS iets aparts. Je zou verwachten dat dit HIS juist voorop zou lopen bij het medicatieoverzicht via het LSP. De producent van MicroHIS is namelijk het Amerikaanse bedrijf CSC, waar ook het LSP draait. CSC bouwde het centrale computersysteem van het LSP, huisvest het en onderhoudt het.

Andere schone schijn

[Vol trots vertelt VZVZ op 7 oktober op de eigen website dat ziekenhuizen nu elektronische receptberichten kan sturen naar de apotheken via het LSP.](#) Bij goede lezing gaat het niet om een elektronisch medicatievoorschrift, maar om een zogenaamde vooraankondiging van een recept. Het verstuurd bericht bevat namelijk niet een elektronische handtekening van de voorschrijver. Daardoor moet in de ontvangende apotheek toch ook het papieren, dus niet-elektronische, voorschrift door de patiënt afgegeven worden. Hooguit heeft de apotheek meer tijd om uit te zoeken of de voorgeschreven medicijnen goed passen bij de bestaande en wordt de foutkans iets kleiner.

De geslaagde test betrof ook alleen het Chipsoft Ezis systeem aan de ziekenhuiskant en het apotheeksysteem CGM Apotheek aan de ontvangende kant. Deze functionaliteit is niet getest met de apotheeksysteem Pharmacom en Pharmasys. Aan de ziekenhuiskant bestaat een veelheid van systemen waarbij de genoemde functionaliteit niet getest is, want naast Chipsoft Ezis, bestaan ook: [Chipsoft HX, Epic, CSC-iSoft, Nexus en Siemens.](#) Er zal dus nog wel wat water door de Rijn moeten stromen voor de nu bejubelde, maar beperkte functionaliteit tussen alle ziekenhuis- en apotheekinformatiesystemen uiteindelijk zal werken.

Bewust beleid

Het is een welbewust PR-beleid om kleine stapjes in het berichtenverkeer met het LSP als iets heuglijks en belangrijks te melden. Daarbij wordt dan vaak niet of nauwelijks vermeld dat het om iets voor een beperkte groep van zorgaanbieders gaat. Het met heel kleine stapjes implementeren van functionaliteit is een manier om te voorkomen dat het draagvlak onder het LSP weg gaat vallen. [VZVZ weet maar al te goed dat te veel negatieve aandacht of politieke bemoeienis het LSP alsnog kan doen omvallen.](#)

W.J. Jongejan

Tweede Kamer commissie wil niet eID-uitrol ingerommeld worden



Om het DigiD-stelsel te kunnen vervangen werkt het ministerie van Binnenlandse Zaken al enige tijd aan het eID, het elektronisch identificatiemiddel. Op 28 september was er een algemeen overleg van de vaste Tweede Kamercommissie voor Binnenlandse Zaken over de uitwerking van de plannen voor de opvolging van de DigiD. Die wordt als te kwetsbaar ervaren en vormt door de eenzame plaats, die het nu inneemt, een zogenaamd “single point of failure”. In het overleg vorige maand werd minister Plasterk van Binnenlandse Zaken zeer kritisch bevraagd door de commissieleden. Daarbij ventileerden de commissieleden de angst dat er sluipenderwijs zonder duidelijk beslismoment een systeem geïntroduceerd wordt door de minister. Langs de weg van allerlei pilots in het veld lijkt men naar een soort fait accompli toe te werken zonder expliciet “go/no go-moment”. Kritische input kwam voor deze vergadering kwam van de Algemene Rekenkamer(onverwacht), de Autoriteit Persoonsgegevens, het Bureau ICT Toetsing(BIT), en de commissie Kuipers. Het BIT is als tijdelijke organisatie recent opgericht door de overheid om risicovolle ICT-projecten bij de overheid vooraf te toetsen. Minister Plasterk stelde de commissie Kuipers in om de mogelijkheden en de wenselijkheid

van de diverse identificatie- en authenticatiemiddelen te evalueren die in pilots worden getest.

Kritiek

[De kritiek van de Algemene Rekenkamer](#) bestond uit meerdere organisatorische, financiële en praktische bezwaren die de minister in een repliek er op naar het oordeel van de Rekenkamer niet afdoende kon ontzenuwen. Het gebrek aan eenduidige leiding en onduidelijke financiële onderbouwing vond de Rekenkamer met name zeer moeizame issues. [De Autoriteit Persoonsgegevens liet weten](#) dat er geen sprake was van privacy-by-design, geen goede incidentbeheersing en toezicht, en ook het beveiligingsniveau van het DigiD dat tijdens de ontwikkeling van het eID nog gebruikt wordt onvoldoende is. [Het BIT vond](#) dat hoewel er gewerkt was aan het verminderen van de complexiteit van het nieuwe systeem het gevaar van een te grote complexiteit nog steeds niet geweken is. [Tenslotte gaf de commissie Kuipers aan](#) dat ondanks datgene wat bereikt was in de pilotprojecten nog veel gedaan moest worden. Bovendien blijft de bekostiging van het nieuwe identificatiemiddel nog een open zaak. Het is dus niet niks wat deze instanties te berde brachten voor de start van het algemeen overleg in de Tweede Kamer. Het gaat om fundamentele kritiek.

eHealth

Tijdens de bespreking met de minister komt herhaaldelijk het belang van het nieuwe eID ter sprake ten aanzien van de zorg. Met het nieuwe elektronische identificatiemiddel zou de burger zich moeten kunnen identificeren bij het inloggen in systemen of apps. De bespreking laat dus duidelijk zien dat de Tweede Kamerleden zich realiseren welke plaats het beoogde eID inneemt in de zorg. Vertraging in de eID-ontwikkelingen betekenen ook hetzelfde voor initiatieven om bijvoorbeeld de patiënt inzage te geven in zijn/haar zorgdata via portalen. Een link met het recent in de Eerste Kamer aangenomen

wetsvoorstel 33509 is dan ook snel gelegd.

Zorgen

Ondanks alle zorgen van de leden van de vaste Tweede Kamercommissie voor Binnenlandse Zaken lijkt de minister onverdroten door te blijven gaan op het huidige pad. De Kamerleden zaten de minister strak achter de broek om nu eindelijk een business case te maken over het EID. Iets waar de Algemene Rekenkamer ook fors op aangedrongen had. De proces rond de invoering van het eID heeft veel weg van andere grote ICT-projecten bij de overheid. Het ministerie bereidt initiatieven voor, doet pilotprojecten en creëert een situatie waarin geen weg terug lijkt te zijn. Het lijkt weer op een olietanker die na het van stapel lopen vaart gegeven wordt en dan niet te stoppen lijkt. Het meest zorgelijke aan het geheel is dat een instantie als het Bureau ICT Toetsing, in het leven geroepen door de overheid, na een parlementair onderzoek vanwege veel mislukte overheids-ICT projecten, waarschuwt voor een te grote complexiteit en alles toch doorgaat.

Vraag

Terwijl SP-Kamerlid van Raak in de commissievergadering duidelijk zijn zorg uitspreekt in de uitrol van een ter discussie staand systeem te rommelen, geeft VVD-fractielid mevrouw de Caluwé aan deze gevoelens zeer wel te begrijpen en dringt bij de minister aan op een aantal heldere beslismomenten. Gezien het belang van een goed elektronisch identificatiemiddel voor de burger, het bedrijfsleven en de overheid zullen we gezien de huidige stand van zaken beslist nog veel van gaan horen over de opvolging van de DigiD.

W.J. Jongejan

LHV rept in Informatiebeleid 2016-2017 met geen woord over het LSP



Bij het lezen van allerlei stukken is het vaak interessanter om te zien wat er niet staat dan wat er wel staat. In maart 2016 stelde het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) [het Informatiebeleid 2016-2017 vast met als titel "ICT: meer dan technologie"](#). In de [managementsamenvatting die mij recent onder ogen kwam](#) stelt het bestuur zes speerpunten vast. In die speerpunten noemt het bestuur NERGENS het Landelijk SchakelPunt(LSP), dat bedoeld is als communicatiecentrum voor de uitwisseling van zorginformatie. Ook VZVZ, de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie, die het LSP beheert, komt in het stuk niet voor. Wel wordt gesproken over tijdige en veilige systemen voor de uitwisseling van betrouwbare en noodzakelijke gegevens. Het is opvallend dat in een officieel stuk van de LHV geen voorkeur meer wordt uitgesproken voor de centralistisch ingestelde infrastructuur voor de uitwisseling , die het LSP is. In het [Strategisch meerjarenplan vereniging 2015-2017](#) , waar op bladzijde 25 onder punt 7 de uitwisseling van medische gegevens ter sprake komt staan VZVZ en het LSP nog wel pontificaal genoemd.

Speerpunten

In de genoemde managementsamenvatting van maart dit jaar

vermeldt de LHV zes speerpunten:

- Visie- en strategieontwikkeling ICT. Hierbij moet gedacht worden aan het goed onder de loep nemen van de kosten en baten van nieuwe technologie in de huisartsenzorg.
- Veiligheid en privacy. Omdat medische persoonsgegevens tot de zwaarst te beveiligen gegevens gerekend worden, is het verstandig om de ontwikkelingen in wet- en regelgeving in de gaten te houden. Veranderingen daarin kunnen een grote impact op de technische en organisatorische inrichting van de ICT in de huisartspraktijk hebben.
- Beschikbaarheid van informatie en gegevensuitwisseling. Hierover zegt de LHV dat het haar doel is in het belang van huisartsen te ijveren voor tijdige en veilige systemen voor de uitwisseling van betrouwbare en noodzakelijke gegevens. Hier wordt geen woord over het LSP of VZVZ gerept.
- Persoonlijke gezondheidsomgeving(PGO). Het gebruik van een PGO(door andere organisaties vaak Persoonlijk Gezondheids Dossier=PGD) is een manier om patiënten hun gezondheidsgegevens te verzamelen en inzage te krijgen.
- eHealth. De LHV wil de snelle ontwikkelingen van eHealth actief volgen en haar leden erover informeren.
- Doorontwikkeling huisartssystemen(His-sen). Dit spreekt vanzelf om een goede verslaglegging van de huisartsenhulp ook in de toekomst veilig te stellen.

Losweken

Hoewel de LHV haar commitment aan het LSP heeft vastgelegd in de het [Convenant gebruik landelijke infrastructuur 2016-2020](#), sluit dit geenszins uit dat de LHV ook andere ontwikkelingen wat betreft het elektronisch uitwisselen van medische gegevens in de gaten houdt. Het komt neer op het ene doen en het andere niet laten. Het zijn ontwikkelingen, die onder het vorige voorzitterschap(Steven van Eijck) niet te zien en te horen

waren. Het lijkt er dan ook op dat de LHV zich heel langzaam probeert los te weken van al te knellende banden, die in die bestuursperiode aangegaan zijn. Het is naar mijn mening een verstandige ontwikkeling, omdat vooral ten aanzien van het LSP er sprake is van een fuik richting één groot centralistisch uitwisselsysteem dat in de nabije toekomst nog centralistischer kan worden door de koppeling met een patiënten-portaal met centraal vastgelegde toestemmingen van patiënten om medische gegevens te doen delen.

W.J. Jongejan

NICTIZ en NIVEL willen de zweep over zorgsector om eHealth te pushen



Zorgverleners moeten patiënten actief stimuleren om hun online diensten te gebruiken. In de eHealth-monitor, die [Nictiz](#) en [NIVEL](#) elk jaar produceren, en die dit jaar de titel “Meer dan techniek” draagt, staat in de [op 6 oktober gepubliceerde versie 2016](#) tussen de regels door overduidelijk dat eHealth uit zich zelf niet hard loopt. [Het is volgens hen niet de techniek, maar wijzelf die bepalen hoe eHealth zich](#)

ontwikkelt. Alleen het aanbieden van een eHealth-dienst op een website is naar hun zeggen niet genoeg. Een maatschappelijke innovatie vinden zij nodig, zo blijkt uit **de eHealth-monitor 2016**, en alle partijen in de zorg zouden daar een rol in moeten hebben. Uit deze manier van praten over eHealth blijkt overduidelijk dat eHealth uit zich zelf niet leeft bij het merendeel van de bevolking. Even voor de duidelijkheid. eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Dat omvat veel. Van informatiesystemen, waar zorgverleners mee werken tot apps op smartphones. Uit allerlei deelonderzoeken van Nictiz en NIVEL blijkt dat er wel veel aanbod is van eHealth-toepassingen door zorgverleners, maar dat het gebruik maken door de patiënten fors achterblijft. De organisaties zoeken het nu in het pushen van eHealth door de zorgverleners, vanwege het ontbreken van organische groei.

Wat wil men?

Nictiz en NIVEL stellen een aantal maatregelen voor:

- Zorgaanbieders zouden het gebruik van eHealth actief bij patiënten moeten ondersteunen.
- De overheid moet de regie nemen en gebruik maken van standaarden voor het elektronisch delen van gezondheidsinformatie minder vrijblijvend laten zijn.
- Wetenschappelijke beroepsverenigingen dienen het gebruik van eHealth in richtlijnen en zorgpaden op te nemen.
- Opleidingsinstituten en beroepsverenigingen moeten training en nascholing verzorgen, en eHealth in curricula integreren.
- Onderzoeks- en onderwijsinstituten en fondsen dienen meer in onderzoek naar toepassing van eHealth te investeren om bestaande twijfels weg te nemen.
- De overheid en zorgverzekeraar moeten het financieringsvraagstuk onderzoeken.

Het waarom der dingen

Het is altijd verstandig om te kijken naar de oorzaak waarom een aantal eHealth-toepassingen niet goed werken. Bij de elektronische informatiesystemen van medisch specialisten bestaat al lange tijd een beperkt gebruiksgemak. Blijkbaar zijn de ziekenhuissystemen gebruiksonvriendelijk en niet bepaald intuïtief. In het onderzoek van Nictiz en NIVEL komt dat ook weer naar voren. De helft vindt dat het teveel tijd kost voor wat het oplevert. Het aardige is dat dit nu boven water komt bij dit onderzoek. In de praktijk hoor je er nauwelijks wat over. Dat heeft deels ook te maken met de introductie van grote Elektronische Patiënt(EPD) Systemen in ziekenhuizen zoals Epic en Chipsoft. Daarbij is de mogelijkheid voor gebruikers om buiten de deur van de instelling kritisch commentaar te geven op het EPD-systeem vaak juridisch helemaal dichtgetimmerd door de leverancier. Van enkele kanten vernam ik dat zorgverleners in ziekenhuizen hun kritiek op het ziekenhuis-EPD uitten richting individuele journalisten, maar als het om een uitzending of publicatie gaat, opeens neen verkopen na contact met de directie/het bestuur. Ook vinden medisch specialisten dat de mogelijkheden tekort schieten om online patiëntinformatie uit te wisselen. Het is al meerdere jaren onmogelijk om specialistengegevens via het Landelijk SchakelPunt(LSP) inzichtelijk te maken voor bijvoorbeeld huisartsen.

Patiëntportalen

Portalen om patiënten toegang te geven tot medische gegevens van specialisten en huisartsen zijn er tegenwoordig in een redelijk aantal gevallen wel maar per saldo maakt maar een kleine groep er gebruik van. Niet alle Nederlanders zijn digitaal begaafd. Het inloggen heeft door een extra tussenstap bestaande uit het om veiligheidsredenen toegestuurd krijgen van een verificatiecode per email of SMS-bericht toch iets bewerkelijks. Los van alle elektronische mogelijkheden denk ik dat een groot aantal patiënten liever de huisartspraktijk belt

om een afspraak te maken dan dat online doet. Navraag bij huisartsen met zo'n portaal melden ook dat het beslist niet storm loopt met het gebruik ervan. Misschien vijf procent, hooguit tien, van de praktijkpopulatie maakt er gebruik van.

Beeldbellen

Weer suggereren de organisaties dat het beeldbellen met patiënten gestimuleerd moet worden. Het gebruik neemt niet meer toe en blijft op een laag niveau steken. Dit beeldbellen, ook wel telezorg, genoemd leidt al jaren een kwijnend bestaan. Het werkt met kleine groepen, geselecteerde patiënten heel aardig, maar het opschalen naar een massaal niveau lukt heel slecht. Veel geld en heel veel moeite is al in dit onderwerp gestopt. [Het is gewoon een vorm van "riding a dead horse".](#)

Conclusie

Wat we hier zien is toch weer de roep om met behulp van een centralistische aanpak, top eHealth te promoten. Het klinkt als dat de zorgverleners te kortschieten of minimaal te weinig doen het geïmplementeerd te krijgen. De eHealthmonitor geeft een verkeerd beeld van de bezigheden en intenties van de zorgverleners. En wekt de indruk dat met hier en daar de zweep erover het wel goed zal gaan. Het niet goed vlotten van eHealth-toepassingen kent een veelheid van oorzaken. Dat varieert van gebrekkige gebruikersinterfaces van ziekenhuis-/huisarts-/apothekerssystemen tot het niet gevalideerd zijn van data die door gebruikers in zorg-apps gestopt worden. Patiënten lijken het in groten getale ook gewoon niet te zien zitten. De grootste fout die men maakt, is gelegen in de onuitroeibare gedachte dat alle zorgsystemen wel op enigerlei wijze aan elkaar te koppelen zijn zonder dataverlies.

De oproep van Nictiz en NIVEL doet opnieuw denken aan de roep om meer marketing voor een product dat uit zich zelf niet goed loopt. Wat zei wetenschapper [Edwin Land](#) uit de Verenigde Staten daar ook al weer over. ["Marketing is what you do, when](#)

[your product is no good."](#)

W.J. Jongejan

[Eerder schreef ik al een artikel met als titel: "Wat goed is komt vanzelf"](#)

Datalek door diefstal laptop coassistent. Wie is waar aansprakelijk voor?



Weer is er een datalek van zorgdata. Nu door diefstal van een laptop met daarop patiëntgegevens in een Excel-bestand. [Dat bericht het Isala-ziekenhuis in Zwolle vandaag in een persverklaring.](#) Het gaat om patiënten van de afdeling plastische chirurgie. In het Excel-bestand staan van 504 mensen de patiëntnamen, patiëntnummers, geboortedata en enkele relevante medische gegevens over het carpaal tunnel syndroom. De laptop blijkt het eigendom te zijn van een coassistent te zijn. Niet een directe werknemer van het ziekenhuis, maar iemand in opleiding tot basisarts in de laatste fase van de studie. In dit specifieke geval is de vraag wie waar verantwoordelijk en aansprakelijk is. Weer speelt het probleem, zoals [eerder met een gestolen mobiele harde schijf in het Anthonie van Leeuwenhoek-ziekenhuis\(AvL\) te Amsterdam](#)

in maart dit jaar, dat de gegevens niet op de laptop hoorden te staan en dat het betreffende bestand niet beveiligd en versleuteld was. Het is in Excel een koud kunstje om een bestand met een wachtwoord te vergrendelen, zodat inzage niet zomaar mogelijk is. Los van die beveiliging zou een Excel-bestand met zorgdata op een mobiele gegevensdrager cryptografisch versleuteld dienen te zijn. Versleutelingsprogramma's zijn tegenwoordig zelfs als freeware al te downloaden en maken na diefstal inzage zeer moeilijk dan wel onmogelijk.

Eigenmachtig?

Het is niet goed voor te stellen dat de opleiders van de coassistent weet gehad hebben van het plaatsen van het spreadsheet-bestand op een privé-laptop. Wel is het mogelijk dat de coassistent gevraagd is enige wijze een analyse te maken van de betreffende gegevens of een bewerking erop uit te voeren, waarna deze de data op de eigen laptop heeft gezet om er elders meer tijd aan te besteden.

Voorkomen

Het Isala-ziekenhuis stelt terecht dat het niet toegestaan is bestanden met patiëntgegevens op privé-computers en/of gegevensdragers te plaatsen. Het zou standaard-beleid moeten zijn dat spreadsheet -bestanden met al dan niet geaggregeerde patiëntgegevens alleen met een wachtwoord te openen dat separaat aangeleverd wordt. Het standaard versleutelen van bestanden met gevoelige informatie dient aan iedereen die werkzaam is in een ziekenhuis, dus ook aan coassistenten duidelijk gemaakt te worden.

Aansprakelijkheid

De vraag die zich in Zwolle voordoet is wie uiteindelijk aansprakelijk is voor de gevolgen van de diefstal van de gegevens. Het gaat enerzijds wel om zorgdata van in het Isala-

ziekenhuis behandelde patiënten, maar anderzijds is de betrokken persoon die de data ongeautoriseerd op een privé-laptop zette niet in dienst van het ziekenhuis. De coassistent werkt onbezoldigd onder supervisie van de specialisten waar hij/zij gedetacheerd is, maar ook onder supervisie van de universiteit. De vraag is of de universiteit die de plaatsing van de coassistent regelt in samenwerking met perifere ziekenhuizen ook enige verantwoordelijkheid treft. Dan kan zijn op het ontbreken van voorlichting aan coassistenten hoe ze met zorgdata omgaan en welke voorzorgen die in acht moet nemen daarbij.

Herhaling

Gezien de menselijke aard, die meestal geneigd is de makkelijkste weg te kiezen, zal het weer een kwestie van tijd zijn voor een soortgelijk probleem zich weer voor gaat doen. De kern blijft dat ongeautoriseerd data op apparatuur gezet wordt die niet deel uitmaakt van het ziekenhuissysteem en dat de data onbeveiligd en onversleuteld daarop staan.

W.J. Jongejan