

# Deceptie Deltaplan Dementie was bij aanvang voorspelbaar



In 2013 ging het nogal ambitieuze Deltaplan Dementie van start met de bedoeling de strijd aan te gaan met dementie. Het plan is bedacht door neuroloog Philip Schelten van het Alzheimercentrum VUmc en mede uitgewerkt door gezondheidsfonds Alzheimer Nederland en ZonMw. De laatste organisatie stelt onderzoeksprogramma's op in het zorggebied. Na enkele jaren concludeert in een tussentijdse analyse onderzoeksjournalist [Stella Braam](#) in een [artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde \(NTvG\)](#), dat twee de van de drie doelen van het plan niet gehaald zijn en dat het de vraag is of het wetenschappelijke deel op gaat leveren wat beoogd was. De [Volkskrant](#), [Nu.nl](#) en [SKIPR](#) besteedden er aandacht aan. De twee niet gehaalde doelen zijn een groot zorgportaal voor patiënten, mantelzorgers en professionals en het opzetten van een uitgebreid Nationaal Register Dementie. Het zorgportaal zou samenwerking tussen de drie zojuist genoemde groepen faciliteren en een bron van informatie voor die groepen moeten zijn. Het bleek onhaalbaar in de geconcipieerde vorm, omdat bleek dat mensen bij de diagnose "dementie" toch nog steeds liever een gesprek van persoon tot persoon willen hebben en dat niet digitaal willen doen. Het Nationale Register Dementie, dat inzicht moest leveren in de aard, omvang en ontwikkeling van de dementie(zorg) sneefde door een veelheid van ambities.

## Voorspelbaar

Al enkele jaren is duidelijk dat het gebruik van zorg-/patiëntenportalen ver achterblijft bij dat wat de aanjagers en makers ervan in gedachten hebben. In de eHealthmonitors van Nictiz over [2013](#), [2014](#) [2015](#) en [2016](#) blijkt dat er wel verwoede

pogingen zijn om deze portalen op te doen zetten en te laten functioneren, maar dat het met het gebruik ervan maar niet wil vlotten. Ondanks het aanjagen van eHealth door het ministerie van VWS blijkt de materie toch weerbarstiger te zijn dan men denkt. De verklaring is echter simpel. De meeste mensen, die van de zorg gebruik maken, willen bij voorkeur een face-to-face-contact met hen die de zorg leveren. Ze willen hun gedachten, hun angsten mondeling delen. Het aantal mondige, ICT-vaardige, burgers is niet zo groot als bedenkers en bestuurders zouden willen. Het gebruiksgemak van de portalen is ook niet hoog, omdat de gebruikers zich eerst moeten registreren, daarna een inlognaam en wachtwoord moeten invoeren plus een verificatiecode die per sessie apart per mail of sms-bericht wordt toegezonden. Al die argumenten spelen ook bij een dementie-zorgportaal. In feite is het een verkeerde inschatting van de mogelijkheden en wensen van de burger.

## **Dementie Register**

Het beoogde, zeer uitgebreide, Nationale Register Dementie bleek meer dan één brug te ver. Het aantal gegevens wat men wilde gaan vastleggen per patiënt was bijzonder groot en moest door het veld aangeleverd worden. Bij alle administratieve druk was dit blijkbaar dus ook de druppel die de spreekwoordelijke emmer deed overlopen. De initiatiefnemers wijzen bij het mislukken op de complexiteit van de aandoening al mede-oorzaak van de mislukking van zowel het zorgportaal als het register. Stella Braam acht die verklaring niet erg overtuigend omdat de complexiteit van de aandoening hen al bij aanvang van het onderzoek bekend zou behoren te zijn. Het probleem met het beoogde register doet denken aan meerdere grote geflopte overheids-ICT-projecten waarbij pas na aanvang men zich is gaan realiseren hoeveel data vergaard dienden te worden. En bovendien door de deelnemende en externe partijen gedurende de rit steeds meer wensen toegevoegd werden. Het is duidelijk dat zowel het portaal als het register berustte op een grote overschatting was van de mogelijkheden van ICT in de

zorg.

## **Vroeg commentaar**

Al in 2012 en 2013 was er voor en tijdens de opzet van het Deltaplan Dementie het nodige aan kritiek te lezen in de media. In het NRC-Handelsblad en in de Volkskrant trof ik in 2012 en 2013 zeer kritische artikelen aan. [In 2012 verscheen in eerstgenoemde krant](#) een artikel van een aantal Nederlandse wetenschappers, waarin ze stellen dat zorg, wetenschap en de farmaceutische industrie al jaren op het verkeerde spoor zitten. Zij stellen dat Alzheimer is geen aparte ziekte en niet vaak tot dementie leidt. [In 2013 verscheen in dezelfde krant](#) ook een stuk waarin gesteld werd dat men zich bij aanvang van het Deltaplan Dementie rijk rekende. De opzet was dat in de coöperatie Deltaplan Dementie de financiering met publiek en privaat geld zou plaats vinden. Het bedrijfsleven bleek zeer terughoudend te zijn bij deelname. Meerdere bedrijven, waren betrokken bij het plan, maar [niet veel deden uiteindelijk mee](#). De overheid stak er 85 miljoen euro in, maar het beoogde totaal van 200 miljoen werden niet gehaald. Overigens kwam dat bedrag volgens de informatie in het artikel van Stella Braam ook met een zeer natte vinger tot stand.

## **Dementiemaffia**

In 2013 verschijnt in de Volkskrant op 19 mei 2012 een artikel van [Hans van Maanen, wetenschapsjournalist en columnist](#) met een veelzeggende kop. [“Staartje van naoorlogs ongezond leven. BEWERING: Hoogste tijd voor een Deltaplan Dementie. OORDEEL: Buig niet voor de alzheimermaffia.”](#) Daarin beargumenteert hij waarom de opmerking van de initiator en leider van het Deltaplan Dementie, de neuroloog Philip Scheltens van het VUmc, dat een tsunami van dementiepatiënten er aan zit te komen onjuist is. Hij stelt dat er eerder sprake is van het over de top zijn van een grote golf die verder alleen maar afneemt. Hij baseerde zijn stuk onder andere op een artikel van [Schrijvers et alii in Neurology](#) uit 2012 waarin een groot

onderzoek in Rotterdam een afnemende tendens tussen 1990 en 2005 van het voorkomen van dementie suggereerde. Hij sprak in het artikel van een dementiemaflia naar analogie van de cholesterolmaflia. Met dat laatste doelde hij op de enorm dwingende propaganda voor gebruik van cholesterolverlagende middelen door farmaceuten. Het leidde tot nogal wat ophef met zelfs het verzoek van de vereniging Alzheimer Nederland aan de Volkskrant om excuses aan te bieden voor het plaatsen van het artikel. [De redactie legde dit verzoek goed beargumenteerd naast zich neer.](#) Het Nederlandstalige online magazine The Post Online plaatste op 5 april 2013 ook een zeer kritisch artikel met de kop [“De Alzheimermaflia heeft haar miljoenen gekregen”](#).

### **Voortzetting**

Inmiddels blijken uit het artikel van Stella Braam de ambities van het Deltaplan Dementie een stuk verlaagd te zijn. Het is zeer de vraag of het wetenschappelijk onderzoek dat deel uit maakt van het deltaplan op gaat leveren wat het beoogde. Het lijkt mij enigszins hovaardig om te stellen dat met dit deltaplan opeens een doorbraak wordt geforceerd terwijl er wereldwijd met veel geld veel onderzoek op grote schaal plaats vindt over dit onderwerp. We zullen het zien in 2020 als het Deltaplan dementie afloopt. Ik vrees dat de initiatiefnemers dan zullen zeggen dat het te vroeg is om conclusies te trekken.

W.J. Jongejan

Met dank aan [Rijkswaterstaat](#) voor het gebruik van de foto van de Oosterscheldekering.

---

# Toename frequentie van eHealth-erediensten bij slechte groei belijdende gelovigen



Op 17 juni 2016 schreef ik op deze website een artikel over eHealth met de titel [“De eHealth-hype: een religie”](#). Daarin beschreef ik hoe eHealth als een soort geloof gepropageerd en beleden wordt. De meest gebruikte [definitie](#) van eHealth is: “het gebruik van ICT om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”. Met een soort verbeterheid wordt eHealth door het ministerie van VWS aangezwengeld. Vooral omdat het de belofte heeft de zorguitgaven te verminderen. Het probleem is echter dat de toepassing van eHealth in het zorgveld ver achter blijft bij alle verwachtingen. Herhaaldelijk constateert Nictiz dat in de [eHealth-monitor](#) die jaarlijks uitkomt. In 2017 heeft het ministerie van VWS, als een nieuw zetje [extra financiële steun](#) aangekondigd voor het propageren en ondersteunen van de ontwikkeling van eHealth. Opvallend is hoe in de komende vier maanden een hele serie nascholingen, workshops, congressen en symposia uitgestort worden over het zorgveld om eHealth aan te zwengelen.

## Erediensten

Voortbordurend op de metafoor van het geloof in eHealth als

een godsdienst kan men de activiteiten die de komende maanden ontplooit worden als erediensten in het kader van dat geloof zien, zonder dat het aantal belijdende gelovigen echt sterk toeneemt. Het geloof wordt ook door telkens terugkerende voorgangers uitgedragen. Zo komt Lies van Gennip, als directeur van Nictiz zeer vaak voor op de sprekerslijsten.

## **Geen scheiding kerk en staat**

Gezien de enorme inzet van VWS met menskracht en middelen om de eHealth te promoten is het evident dat er niet gesproken kan worden van een scheiding van kerk en staat. Als iets in het zorgveld als innoverend, nuttig, werkdruk-verminderend ervaren wordt, zal over het algemeen geen sterke drang van de overheid nodig zijn om te zorgen dat iets geïmplementeerd wordt. Juist het enorme gepush door de staat(VWS) maakt duidelijk dat er ergens iets niet klopt.

## **Rijtje**

Voor de aardigheid heb ik een aantal van die door mij als erediensten omschreven promotieactiviteiten opgeschreven. Met een niet al te diepgaande zoekslag op Google kwam ik tot:

- De [peperdure](#) masterclasses van het online [magazine Skipr](#) die van 14 september tot 9 november plaatsvinden.
- [De Boerhave-cursus](#) E-health in de praktijk – what 's in it for me? Publieksdag Health Prevention & Human life cycle op 29 september. Over deze cursus kan nog gezegd worden dat er voldoende kritische blik aanwezig in de vorm van professor Niels Chavannes en collegae.
- Op 2 november houdt [NRC-Live](#) een bijeenkomst over zorgtechnologie waarbij eHealth uiteraard ook prominent ter sprake komt.
- Op 10 november is het zevende [nationale eHealth-congres](#) georganiseerd door de emeritus hoogleraar Public Health en gezondheidseconoom Guus Schrijvers.
- Op 14 november volgt [de eHealth-convention](#) met als titel

“Innovation in cure, care & technology”

- Daarna komt op 23 november het event [Mobile Healthcare](#)
- Op 19 december houdt BNR [een radiodebat](#) over eHealth
- Van 20 tot en met 26 januari 2018 organiseert met ministerie van VWS in samenwerking met ECP/Platform voor de Informatie samenleving [de eHealthweek 2018](#). ECP staat voor Electronic Commerce Platform en werd opgericht in 1997 door het ministerie van economische zaken en VNO-NCW
- In de loop van 2018 komt er dan ook nog een [Europese eHealth-week](#)

### **Belijdende gelovigen**

Terwijl van de kansen het eHealth-geloof met weidse vergezichten geschetst wordt, en de kerk misschien vol zit met goed-gelovigen, moet geconstateerd worden dat het aantal belijdende gelovigen in het zorgveld ver achterblijft bij de verwachtingen. Zonder financiële injecties vanuit het ministerie van VWS zouden er veel minder eHealth-erediensten gehouden worden. Het trieste is dat iedereen wel weet dat eHealth niet goed loopt, maar bezig is met het veilig stellen van eigen belangen.

Zoals eerder gezegd ben ik niet tegen zorgvernieuwing met hulp van ICT, mits de groei organisch tot stand komt zonder hijgerige stimulering.

W.J. Jongejan

---

# Aandacht voor privacy en uitvoerbaarheid in nieuwe bekostigingsmodel GGZ onbegrijpelijk laat



In een op 30 augustus 2017 gedateerde en op 12 september aan de Tweede Kamer [gestuurde brief](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) laat deze organisatie weten dat het met de pilots van het nieuwe bekostigingsmodel voor de Geestelijke GezondheidsZorg(GGZ) helemaal niet goed gaat. Ik berichtte al eerder over de te lage deelname waardoor een [verplichting voor zorgaanbieders](#) om mee te werken door de NZa in het vooruitzicht werd gesteld. In de brief geeft de voorzitter van de Raad van Bestuur, mevr. dr. M.J. Kaljouw dat duidelijk weer, maar daarnaast vermeldt zij dat door hen die wel meedoen [te weinig data](#) worden aangeleverd. Te weinig zorgclusters krijgt de NZa in begin van de pilot binnen. Het toegezegde aantal zorgclusters is nadrukkelijk onvoldoende in vergelijking met het aantal dat de NZa op basis van de nu beschikbare informatie denkt nodig te hebben. De brief van de NZa laat trouwens ook zien dat men aardig in tijdnood aan het komen is om met het zorgcluster bekostigingsmodel GGZ in 2020 mee te gaan betalen. Men noemt het ook wel het Engelse model, dat overigens in Engeland helemaal [niet functioneert](#). In het voortraject gaat men er van uit dat een aantal zaken voor die tijd geregeld zijn, maar dat is geenszins het geval. Op enkele van die zaken ga ik hieronder in. Triest is dat men bezig is



dit model te ontwikkelen, maar dat pas in de loop van het concreet maken van het model onderwerpen als privacy-bestendigheid en uitvoerbaarheid aan de orde komen. Dat zijn nu juist de zaken waarmee men dient te beginnen.

## **Privacy en uitvoerbaarheid**

Voor een bekostigingsmodel waar in 2015 de eerste stappen werden gezet, is het op zijn zachtst gezegd erg vreemd dat de NZa nu in de voornoemde brief aan het einde laat weten dat men pas als het model in 2018 wat concreter geworden is, belangrijke onderwerpen als privacy-bestendigheid en uitvoerbaarheid uitvoerig belicht gaan worden. Het is verbijsterend om dit te lezen. Als men een nieuw bekostigingsmodel opzet dient dat sowieso uitvoerbaar te zijn. Anders is de hele exercitie voor niets. In deze tijd dient een nieuw model opgezet te worden volgens het principe van "privacy by design", dus al voor de eerste stappen aan de orde te komen. Nu frommelt men de "privacy" issues er ergens halverwege het ontwikkelingsproces in. Niets is vermeld over het doen van een Privacy Impact Analyse(PIA). Het aan de orde komen van de uitvoerbaarheid komt ook zeer vreemd over omdat er in de brief constant vanuit wordt gegaan dat het nieuwe model hoe dan ook in 2020 operationeel moet zijn. Of de nieuwe productstructuur werkbaar is moet blijken uit een praktijktest.

## **Praktijktest**

Op pagina twee van de brief vermeldt de NZa dat naast de pilotfase, waar nu al te weinig deelnemers en te weinig data voor zijn, ook een praktijktest voorzien is. Het doel ervan is om te zien of de productstructuur werkbaar is voor zorg in- en verkoop. Daarnaast wil men de impact ervan analyseren op alle bijbehorende administratieve organisatie en interne controleprocessen. Tot mijn grote verbazing wil men praktijktest niet na de pilotfase van het vergaren van data laten verlopen, maar tegelijkertijd. De reden is wederom dat het nieuwe model in

2020 geacht wordt te werken en men in tijdsnood komt. Voor die praktijktest zullen uiteraard weer “vrijwilligers” onder de zorgaanbieders noodzakelijk zijn. Het is trouwens een omineus teken dat de NZa überhaupt denkt aan verplichte deelname aan de pilot en de praktijktest. Het deelnemen aan de genoemde praktijktest zal voor “vrijwilligers” geen sinecure zijn. Het betekent dat deze eigenlijk twee declaratiesystemen naast elkaar moeten laten draaien. Betaling tijdens de praktijktest kan eigenlijk alleen op basis van de bestaande systematiek. Administratief is dat een zeer forse belasting.

## **ICT en zorgstandaarden**

De mogelijke invoering van het zorgclustermodel leunt zwaar op automatisering. In een voorgaande rapportage van de NZa aan de minister waren er zorgen over het tijdig beschikbaar komen van de software-aanpassingen. Het is echter toch nog zo dat leveranciers dat niet allemaal hebben doorgevoerd. Er zijn er nog die zeggen het op korte termijn te gaan doen. Zekerheid of het op tijd af is heeft men niet. Voor de werking van het zorgclustermodel is het ook noodzakelijk dat er per zorgcluster gebruik gemaakt kan worden van bijpassende zorgstandaarden, die de keuzemogelijkheden en de inhoud van de zorg per cluster omschrijven. Er is één probleempje. Die zorgstandaarden zijn er nog niet.

## **Sturing**

In het nieuwe model gaat men uit van prestaties op het niveau van zorgclusters, maar ook van prestaties op het niveau van zorgactiviteiten. Met dat laatste bedoelt men helder omschreven zorgactiviteiten die periodiek(bijv. maandelijks) door zorgaanbieders in rekening gebracht worden. Men spreekt over zorginhoudelijke duiding van de zorgclusters. Door per zorgcluster op hoofdlijnen een inhoudelijke beschrijving van een behandeling te geven wordt volgens de opstellers duidelijk welke zorg wel en welke doorgaans niet past bij een zorgcluster. Men denkt een belangrijk instrument in handen te

hebben om in het veld afspraken te maken en te sturen op “gepaste” zorg. Wie bepaalt echter wat gepast is? De zorgverzekeraar, die ziet dat naast duurdere activiteiten ook goedkopere worden toegepast? Het gaat ongetwijfeld meer eenheids-koek of –worst betekenen. Door het instellen van een grensbedrag per zorgcluster wil men toe naar een review van de therapie door de zorgaanbieder met de patiënt om daarmee zich te verantwoorden over het resultaat en de eventuele vervolgstappen. Het staat er niet maar ongetwijfeld zal die verantwoording ook richting zorgverzekeraar gaan spelen, anders zou het instellen van een grensbedrag geen zin hebben.

## **Raadsel**

In de brief komt de NZa bij herhaling met de opmerking dat het nieuwe model in 2020 operationeel moet zijn, terwijl zij tegelijkertijd zegt dat de uitwerking van de plannen nog geen definitieve keuze voor een bekostigingsvorm inhouden. Men lijkt zelf niet zeker te zijn dat het gaat lukken, zeker bij het lezen van opmerking over de uitvoerbaarheid in de praktijk. Waarom pas in 2018 naar privacy-issues gekeken wordt is en blijft een raadsel.

W.J. Jongejan

---

# **Taylorisme en New Public Management als destructieve,**

# (de) fragmenterende en deprofessionaliserende krachten in de GGZ



De afgelopen week viel mijn oog op [een kort bericht op LinkedIn](#) van de psychiater Cobie Groenendijk. Zij vertrok per 1 september 2017 bij de grote Geestelijke GezondheidsZorg(GGZ)-instelling Arkin. [Het bericht](#) dat ze schreef was nog geen kwart A-4 groot, maar trok tot op dit moment ruim 70.000 (ja zeker: zeventigduizend) lezers. (De schermafdruck was gemaakt bij 38037 lezers.) Met zoveel lezers is dat meer dan individueel signaal. Zij beschrijft haar overstap van een grootschalige GGZ-instelling, die sterk beïnvloed wordt door zorgverzekeraars, naar een kleinschalige, contractvrije. Om zich te kunnen blijven concentreren op patiënten en daar met hoofd en hart voor beschikbaar te zijn trekt ze zich terug uit de marktcultuur waar de grote GGZ-instellingen door zorgverzekeraars toe gedwongen worden. Ze beschrijft een cultuur waarin over de patiënt gecommuniceerd wordt als product, over behandeling als tijd-schrijven en productie-scores. Een systeem waarin behandelgegevens niet veilig meer zijn en deze onder dwang van zorgverzekeraars zonder toestemming moeten worden doorgegeven(ROM-data). De cultuur van targets en productieklokken. Zij is niet de enige die de grootschalige GGZ vaarwel zegt. In het septembernummer van De Psychiater [beschrijft hoofdredacteur en psychiater\( bij GGz Centraal\) Piet Verhagen](#) de ware exodus van psychiaters en psychologen uit de GGZ. Eigenlijk allemaal om dezelfde reden.

De dieper liggende oorzaak van de problematiek is het in de jaren negentig van de vorige eeuw door de toenmalige Haagse bestuurders omarmen van de principes van het New Public Management (NPM) en daarmee het Taylorisme.

## **Taylorisme**

Waar gaat het om? Het NPM is gestoeld op de ideeën van Frederick W. Taylor (1856-1915), een Amerikaans werktuigbouwkundig ingenieur: het zogenaamde scientific management. Hij betoogde dat werknemers niet maximaal presteerden. Zijn gedachte om het productieproces volledig uiteen te rafelen en daarin vergaande rationalisering door te voeren, heeft grote invloed gehad op standaardisatie en efficiëntie in de industrie. De massaproductie van goederen heeft hierdoor een enorme groei doorgemaakt. Aan zijn gedachtegoed (het Taylorisme) kleven echter ook grote bezwaren. De menselijke maat raakt zoek, prachtig uitgebeeld in de film *Modern Times*, waarin Charlie Chaplin aan de lopende band in een steeds raffer tempo twee moeren moet aandraaien (met elke hand één: het toppunt van efficiency). Het wezenskenmerk van het Taylorisme is de scheiding van denken en doen, van managen en uitvoeren. Er is hierin vrijwel geen plaats voor de sociale behoefte van de mens, namelijk waardering en erkenning voor zijn vakmanschap. Het in 2004 uitgegeven [boek \*Intensieve Menshouderij\*](#) laat op treffende wijze zien hoe kwaliteit oplost in rationaliteit.

## **New Public Management**

In deze managementfilosofie wordt het spel verdeeld. Verschillende partijen – bij de zorg gaat het hier om meerdere zorgaanbieders, verzekeraars en cliënten- of patiëntenorganisaties, met elk hun eigen verschillende belangen – worden op een beroepsveld toegelaten om machtsconcentraties te voorkomen. “Marktwerving” is het toverwoord om tot lagere prijzen/kosten, hogere productie en meer kwaliteit te komen. Managers worden de “machthebbers”

over het geheel. Hoe hoger in de organisatie, hoe meer macht. En meer macht betekent in die kringen automatisch ook een hogere honorering, waarbij ten onrechte naar de honorering in het bedrijfsleven gekeken wordt. Het standaardiseren en de sterke nadruk op efficiency werkt fuseren sterk in de hand waardoor grote zorgclusters ontstonden (**defragmentatie**). De handelingsruimte op de werkvloer wordt ingeperkt door protocollen en richtlijnen, diagnose-behandelcombinaties (DBC's) of andere outputsturing. Op de werkvloer kan men niet meer meepraten over doelstellingen of prioriteiten, maar uitsluitend nog over de keuze van de middelen. (**fragmentatie van het handelen**)

## **Gevolgen**

Handelingen van (zorg)professionals worden op de wijze die we kennen van het lopende band werk opgeknipt in kleine stukjes die door minder gekwalificeerden gedaan kunnen worden. Die moeten dan weer aangestuurd worden door managers die ook weer hun chefs krijgen. [De psychiater Remke van Staveren](#) beschreef in juni 2017 de "chain of command" boven haar in de GGZ-instelling waar zij werkt. Zij had vijf lagen managers en bestuurders boven zich. Zorgprofessionals kunnen niet meer zelf hun bemoeienis met de patiënten indelen en krijgen van hun leidinggevenden nog slechts die dingen te doen die wettelijk niet door anderen mogen worden uitgevoerd.

## **Waarschuwing**

Tjeenk Willink, oud vicevoorzitter van de Raad van State en ook weleens de officieuze onderkoning van Nederland genoemd, heeft bij herhaling in zijn jaarverslagen gewezen op de gevaren van dergelijke organisatievormen gebaseerd op het NPM en het taylorisme, maar de politiek blijkt vooralsnog niet in staat of van zins dit te veranderen. Het moet nu dus van de werkers zelf komen en eventueel van hun beroepsverenigingen, volgens Tjeenk Willink. Hij zei onlangs dat de professionaliteit het zwakste element in het krachtenveld van

overheid en markt dreigt te worden.

## **Conclusie**

Concluderend kan gevoeglijk gesteld worden, dat het taylorisme en het New Public Management in de gehele zorg en in het bijzonder in de GGZ als destructieve, defragmenterende en deprofessionaliserende krachten gezien moeten worden. Elke normering, elk protocol, elk model houdt een reductie in van de pluriforme werkelijkheid waarin zorgverleners hun vak uitoefenen. Het wordt tijd voor een krachtige herbezinning op wat de zorgprofessionals essentieel vinden voor de uitoefening van hun vak. Een krachtig 'neen' als er ontwikkelingen zijn die de kern van het eigen vak raken. Het gebeurt nu ook door de massale uittocht van psychiaters en psychologen uit de grootschalige GGZ.

W.J. Jongejan

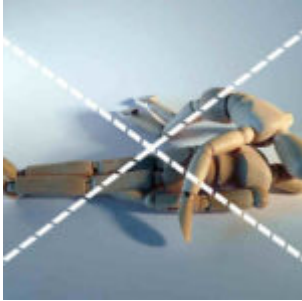
In dit artikel zijn passages gebruikt uit een publicatie van de [schrijver die op 3 februari 2010 in Medisch Contact verscheen](#) onder de titel “ Marktwerking bedreigt het artsenvak”

Met dank aan Aad Cense, psychiater, die in 2014 de suggestie deed dit onderwerp nogmaals aan te kaarten

---

# **Voorstel vastleggen niet-reanimeer-verklaring in LSP**

# getuigt niet van realiteitszin



Op de website van [Medisch Contact](#) stond op 13 september 2017 een opmerkelijke bijdrage over een voorstel van Frank Bosch, internist in het Rijnstate ziekenhuis. Hij deed die uitspraak op een symposium van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst(KNMG). Hij hield een pleidooi om het Landelijke SchakelPunt(LSP) de functie van de niet-reanimeer-penning over te laten nemen. Reanimatie is een levensreddende medische activiteit, die door een aantal mensen niet als gewenst wordt beschouwd. Dat kan zijn op basis van leeftijd, levensperspectief, onderliggend lijden etc. Het voorstel getuigt echter niet van veel kennis van de huidige en toekomstige mogelijkheden van het LSP en de situatie rond de toestemmingsverlening door burger om medische informatie te doen delen. Het voorstel is geen vooruitgang te noemen en zou een stap terug zijn ten aanzien van de huidige situatie waarin de burger een penning draagt waarop de niet-reanimatiewens staat. Uit angst dat die penning over het hoofd werd gezien liet een hoogbejaarde vrouw in 2014 overigens haar niet-reanimatiewens [op haar borstkas tatoeëren!](#) De tijd die nodig is om een niet-reanimatie-wens via het LSP op te zoeken is veel te lang. In een aantal gevallen zal het moment van reanimeren zich voordoen op een plaats waar geen computer-raadpleging mogelijk. De plaats waar de facto het reanimeren binnen een medische omgeving het meeste voorkomt, het ziekenhuis, heeft grote moeite met het implementeren van het



LSP-gebruik. De functionaliteit is zo beperkt en zo traag dat het voorstel van Frank Bosch daar niet uitvoerbaar is.

## **Functionaliteit**

De functionaliteit van het LSP is [binnen de ziekenhuizen beperkt](#) tot het opvragen van medicatieoverzichten en de ICA-gegevens. Dat zijn de Interacties, Contra-indicaties en Allergieën. Niets meer. Op de afdeling spoedeisende hulp kunnen als het ziekenhuis überhaupt een werkende verbinding heeft met het LSP die data opgevraagd worden, vermits de patiënt een opt-in-toestemming heeft gegeven om die data te doen delen via het LSP. Daarover hieronder meer. In de meeste ziekenhuizen laat de netwerksoftware en de vele werkstations met beperkte hard- en software(thin clients) niet toe dat specialisten op poliklinieken zelf de medicatieoverzichten tijdens het spreekuur opzoeken. Het opvragen duurt te lang om tijdens het spreekuur te doen en kan mislukken.

## **Prefetchen**

Om toch medicatiedata op te kunnen vragen hebben sommige ziekenhuizen met medeweten en medewerking van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), de verantwoordelijke voor het LSP, [een constructie bedacht](#) dat de ziekenhuisapotheker die opvraging doet twee tot vijf dagen voor polikliniekbezoek van een patiënt. Het zogenaamde prefetchen (te voren opvragen) is [een uiterst discutabele manier](#) om een specialist aan data te helpen die hij zelf niet kan opvragen. Het behoeft geen betoog dat zowel de beoogde functionaliteit als de kunstgrepen die uitgevoerd worden om daar nog enigszins iets van te bereiken, ten enenmale ongeschikt zijn om een niet-reanimatieverklaring op te vragen. De beslissing niet-reanimeren moet in een spit-second genomen worden en daarvoor is de elektronische weg ten enenmale ongeschikt.

## **Opt-in-toestemming**

Informatie is via het LSP alleen op te vragen als de burger toegestemd heeft in het doen delen van zijn of haar informatie, de zogeheten opt-in-toestemming. Daarvan zijn twee smaken: de opt-in-toestemming bij de medicatie verstrekkende apotheken en de opt-in-toestemming voor medische informatie bij huisartsen. Een niet-reanimatieverklaring past niet binnen de grenzen van medicatie-verstrekking en zal bij de huisartsendata vastgelegd kunnen worden. Het is echter zo dat maar 35 procent van de Nederlanders een opt-in-toestemming voor het doen delen van huisartsinformatie geeft. Dat percentage verandert al lange tijd niet. Het betekent dat van 65 procent van de bevolking helemaal geen informatie over wel of niet reanimeren op te vragen is.

### **Kansloos**

Het voorstel om de niet-reanimeer-penning te vervangen door een notificatie via het LSP is gezien het bovenstaande kansloos en niet erg zinvol. Het getuigt ook niet van kennis van zaken van wat thans met het LSP plaatsvindt. Het lijkt me een oplossing voor een niet bestaand probleem en een mislukte poging het LSP enige betekenis te geven.

W.J. Jongejan

---

## **Massale update van pacemaker-firmware niet zonder risico's**



Eind augustus 2017 [in de media](#) diverse [berichten](#) dat een groot aantal pacemakers van de firma [Abbott](#) (voorheen St. Jude Medical) een update nodig hebben van hun inwendige programmatuur. Het gaat om de zogenaamde firmware die de basisfunctie van deze hartgangmakers regelt. De firmware-update is nodig vanwege de mogelijkheid van het draadloos beïnvloeden van deze onder de huid geïmplanteerde apparaten door middel van elektromagnetische straling. Normaliter worden pacemakers af-/bijgesteld met behulp van dit soort straling door de behandelend cardioloog. Blijkbaar is het ook mogelijk dat onbevoegden met elektromagnetische straling deze apparaten extern kunnen beïnvloeden. De Amerikaanse [Food and Drug Administration \(FDA\)](#) stelt dat de ongeautoriseerde toegang gebruikt kan worden om instellingen van de pacemaker te veranderen, die de patiënt kunnen schaden door bijvoorbeeld door een te snelle uitputting van de batterij of een niet gewenste vorm van stimulering van het hart door de pacemaker. Het zou alleen al in de Verenigde Staten gaan om 465.000 apparaten. Wereldwijd zal het dan om een veel groter aantal gaan. De FDA geeft in haar berichtgeving dat het niet gaat om pacemakers die het hart een schok geven bij ernstige ritmestoornissen ([ICD](#)), maar om “gewone” pacemakers en de apparaten die gebruikt worden bij hartfalen ([CRT-P](#)).

### **Wat moet er gebeuren?**

In de centra waar de patiënten voor controle komen van de pacemakers dient de pacemaker met de elektromagnetische apparatuur die gebruikt wordt voor het bijregelen de pacemaker in de zogenaamde backup-mode gezet worden. Daar zendt men dan draadloos de verse firmware-update naar de pacemaker. Het hele

proces dient gedocumenteerd te worden met in ieder geval voor men begint met updaten het noteren van de oude instellingen. Na het installeren van de besturingssoftware dient men zich ervan te vergewissen dat het apparaat weer uit de backup-mode gehaald is. Het updaten zelf zou krap drie minuten duren.

### **Wat kan er misgaan?**

In hun schrijven geven Abbott en de FDA aan dat er percentages bekend zijn van problemen bij het updaten op basis van eerder ervaringen. Men spreekt dan over:

- Het opnieuw moeten inladen van een voorgaande firmware-versie vanwege een incomplete update. Dat zou gaan om 0,161 procent. Toch komt dat alleen voor de VS bij 465.000 pacemakers neer op 749 patiënten.
- Verlies van bestaande instellingen van de pacemaker. Dat zou gaan om 0,023 procent. Dat zijn toch nog 107 mensen.
- Compleet verlies van functionaliteit. Dat zou om 0,003 % gaan, toch ook nog goed voor 14 mensen.

Het zijn kleine aantallen maar men moet met dit soort potentiële storingen bij elke pacemaker-bezitter rekening houden.

### **Kans op herhaling**

Eén en ander geeft dus aan dat dit soort grootschalige operaties toch ook wel gepaard kan gaan met extra problemen voor de patiënt. Extra alertheid bij elke individuele patiënt is wel vereist. Zowel Abbott als de FDA vragen de behandelaars wel bij elke patiënt een inschatting te maken of de voordelen van de update opwegen tegen de risico's. Gezien de toenemende aandacht van hackers voor medische apparatuur is het goed voor te stellen dat in de toekomst opnieuw operaties als hier boven beschreven nodig zullen zijn. Omdat in de net aangenomen wet op de inlichtingendiensten medische apparatuur die in of aan het lichaam gedragen wordt [niet uitgesloten](#) is, kan men de AIVD en MIVD helaas ook als potentieel in hackbare pacemakers

geïnteresseerde organisaties zien.

W.J. Jongejan

---

# Hautaine Autoriteit Persoonsgegevens hanteert omkering bewijslast



[Op 4 augustus 2017](#) publiceerde ik een artikel over de gang van de burgerrechtenvereniging Vrijbit naar de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Vrijbit deed een verzoek aan de AP om handhavend op te treden naar aanleiding van gefundeerde berichten, dat van burgers onterechte opt-in-toestemmingen voor delen van medicatiegegevens bij apotheken genoteerd zijn. Daarbij gaat het om het opvraagbaar maken van medicatiegegevens via het Landelijk SchakelPunt (LSP). [De reactie van de AP](#) op dit verzoek laat duidelijk zien dat men een omkering van de bewijslast hanteert bij de benadeelde burger. Details over de onterechte notering van de opt-in-

toestemming eist men van de meldende burger, terwijl het veel meer in de rede ligt dat de zorgaanbieder, die de ontorechte toestemming in diens ICT-systeem vastlegt, dat zou moeten doen of de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ). Op de website van VZVZ is met de nodige moeite een [inzage-overzicht](#) van opt-in-toestemmingen en bevestigingen te vinden.

## **Vereisten**

Het inzage-overzicht is nogal weggestopt op de website van VZVZ. Via het tabblad "Zorgconsument", vervolgens het tabblad "Toestemming" en daarna onderin de webpagina de hyperlink "Inzage-overzicht" kom je bij de mogelijkheid om dit overzicht aan te vragen. Dat kan door inloggen met DigiD, maar ook door een onlineformulier in te vullen, dit uit te printen met meezending van een kopie van paspoort, Nederlandse identiteitskaart, Nederlands rijbewijs, bromfietsbewijs (categorie AM) of vreemdelingendocument. Bij een modern rijbewijs (formaat bankpas) en een nieuwe identiteitskaart (geldig vanaf maart 2014) is een kopie nodig van de voor- en achterkant. Zichtbaar moeten daarop zijn de volledige naam, het Burgerservicenummer(BSN), de handtekening, de geboortedatum en de geldigheidsdatum van het document. Het aparte is dat een private organisatie als VZVZ niet het recht heeft om dergelijke kopieën van identiteitsbewijzen te vragen. [De overheid hanteert regels](#) daarvoor. Eén van de onderdelen van het handhavingsverzoek van Vrijbit is dan ook dat VZVZ geen eisen mag stellen inzake het ter beschikking stellen van een BSN en kopie van een geldig ID-bewijs, om uitsluitel te kunnen geven of iemands naam ( in combinatie met geboortedatum en adresgegevens) niet voorkomt in het EPD-LSP uitwisselingssysteem.

## **Details**

Wat de AP van een benadeelde burger wil is een schermafbeelding van het inzage-overzicht met daarop de gegevens uit de rubriek

“Gegevens beschikbaar gesteld”: de instelling, voor welke gegevens (medicatiegegevens of huisartsendata) en de datum. Dat vereist het maken van een schermafdruck en het uitprinten daarvan. Op de webpagina ontbreekt een knop “Print”, zodat de burger zelf maar moet zien hoe hij/zij dit afdruckt. De AP lijkt ook akkoord te gaan met de naam van de instelling en de datum zonder schermafdruck maar heeft een voorkeur voor de schermafdruck. Het probleem bij een onterecht genoteerde opt-in-toestemming is dat de benadeelde vaak zo boos is dat die onmiddellijk de betrokken apotheek belt. Die haalt dan het vinkje bij de opt-in-toestemming weg, waarna in het overzicht bij VZVZ geen gewraakte zorgaanbieder meer staat. Ik heb door navraag bij de apotheek begrepen dat apotheeksystemen geen logging hebben van toestemmingsverleningen. Na ongedaan maken is de ontorechte toestemming daar dan niet meer te achterhalen. Naar mij weten zijn huisartsinformatiesystemen ook zo ingericht, zonder logging dus. Ik kan me echter niet voorstellen dat een organisatie als VZVZ geen historie van vastgelegde toestemmingen zou hebben.

### **Weigering na te denken**

De AP weigert bij mijn echtgenote de ontorechte opt-in-toestemming te noteren, omdat er pas een schermafdruck gemaakt is, nadat de apotheek verontwaardigd gebeld was. Daardoor ontbreekt de informatie die de AP wenst te hebben. In het overzicht van bevragingen van het LSP is bij haar wel te zien dat [één bevraging](#) succesvol is geweest. De bevraging lukt alleen als de apotheek die een ontorechte opt-in-toestemming heeft genoteerd bevraagd werd door een andere. Aangezien zij van slechts twee apotheken gebruikt maakt is dus duidelijk door wie de ontorechte opt-in-toestemming was vastgelegd. Het niet in behandeling nemen is gewoon een weigering om logisch na te denken.

### **Hautain**

Midden in de zomervakantie geeft de AP in een reactie aan

Vrijbit aan dat deze binnen twee weken met aanvullende informatie moet komen. Dat komt nogal hautain over, want de AP hanteert zelf, als zij aangesproken wordt in rechte, meestal met opmerkingen dat ze 6 weken tot een half jaar nodig hebben om aanvullende stukken te produceren. [Een rechtszaak is daar zelfs om verzet.](#)

### **Omkering bewijslast**

Wat de AP doet in deze kwestie, is het op een heel hinderlijke manier omdraaien van de bewijslast. Het melden van een onterechte inschrijving moet er niet toe leiden dat de burger tot in detail zelf de bewijslast moet leveren. VZVZ heeft bovendien het opvragen en bekijken van een inzage-overzicht op subtiele wijze lastig gemaakt.

W.J. Jongejan

---

# **Sleuren aan eHealth: veel managementtaal om vastlopende schip vlot te willen trekken**



Vandaag trokken [twee berichten](#) die ik pal achter elkaar op



Twitter voorbij zag komen mijn aandacht. Het eerste ging over het beschikbaar stellen van 12 miljoen euro subsidie door de ministeries van VWS en EZ. Het gaat om subsidiering van eHealth-startups via de subsidiemodule "[seed capital technostarters](#)" te verbreden. Het tweede bericht ging om de [vliegwielen-coalitie](#) die alle ehealth-stakeholders rond de tafel gaat zetten. Met deze coalitie, opgericht door de Patiëntenfederatie Nederland en bestaande uit een groep eHealth voorlopers en enthousiastelingen uit de zorg, industrie en beleid, hoopt de federatie digitale zorg in Nederland een *boost* te geven. Wat uit beide publicaties zonneklaar blijkt en ook anderszins allang duidelijk was, is dat de zegeningen van de eHealth te hoog zijn ingeschat en dat eHealth de beloften die ooit uitgesproken zijn niet waar kan maken in die mate als het ministerie van VWS en zorgverzekeraars hadden ingeschat.

### **Seed capital technostarters**

De genoemde subsidieregeling is bestaat uit een geldlening en maakt deel uit van een initiatief om de toegang tot risicokapitaal voor startups met innovatieve e-healthtoepassingen te vereenvoudigen. De subsidies moeten gezien worden in het kader van het stimuleren van de innovatiekracht in Nederlandse topsectoren. Binnen de topsector Life Sciences & Health (LSH) doen zich nieuwe kansen voor op het gebied van ICT, zegt EZ. Men spreekt van kansen op het gebied van eHealth. Er bestaan vooral problemen met het opschalen van eHealth-toepassingen naar regionaal of nationaal niveau.

Men denkt daarbij onder meer om toepassingen waarbij zorgverleners en patiënten op afstand met elkaar kunnen communiceren via een video-verbinding of via een digitaal platform. Applicaties die patiënten helpen goede keuzes te maken over hun behandeling of bijvoorbeeld sensoren in huis die melding maken wanneer bijvoorbeeld een oudere valt of dreigt uit te drogen. Het trieste met video-verbindingen

tussen patiënt en zorgaanbieders al jaren gestimuleerd worden en alleen in kleinschalige setting blijken te werken. De haalbaarheid is omgekeerd evenredig met de schaal.

Het aparte is dat de subsidieverleners dat eigenlijk ook zelf constateren en opnieuw de klassieke fout maken om meer te willen stimuleren. Ze kiezen bij de vraag [“What to do when riding a dead horse?”](#) voor de optie “mount another dead horse” of voor “whip the dead horse”. Tekenend was dat er in de inschrijvingsperiode in 2016 voor het subsidiejaar 2017 slechts één aanvraag ingediend werd.

### **Managementtaal(1)**

De publicatie over de subsidies voor eHealth-toepassingen staat bol van managementtaal. Innoveren, het commitment krijgen van nieuwe investeerders , gebruikers en stakeholders. Vooral bij dat laatste woord begint het mij altijd een weinig te jeuken. Het gebruiken van woorden als “Fast Track eHealth initiatieven” suggereert iets heel dynamisch, terwijl het eigenlijk allemaal juist niet wil vlotten

### **Vliegwiel-coalitie**

De Patiëntenfederatie Nederland zette de vliegwiel-coalitie op met het oogmerk om de eHealth die traag op gang komt een zet te geven zodat het vliegwiel als het eenmaal draait niet meer te stoppen zou zijn. Partners zijn onder andere Philips, het Ministerie van VWS, Slingeland Ziekenhuizen, CZ, Menzis, UMC Utrecht, FocusCura, KPN, KPMG, Zilveren Kruis, AMC en Bernhoven. Los van de ziekenhuizen zijn het eigenlijk allemaal de “usual subjects” die men in eerdere acties om eHealth momentum te verschaffen tegenkwam en die vaak nauwe onderlinge relaties hebben. Nu zouden niet de leidinggevenden van de betrokken organisaties de scepter voeren maar de mensen die er rechtstreeks mee te maken hebben. De Patiënten Federatie spreekt dan ook van een informeel netwerk van voorlopers. Als voorbeeld wordt het “COPD in beeld”-project genoemd, waarbij

mensen met uitgerekt longen veel baat bij hebben. Het probleem met een dergelijke toepassing, is dat dit eigenlijk alleen goed werkt met een beperkte groep in een beperkte setting. Het opschalen naar een landelijke schaal is weer iets dat valt onder het eerder genoemde probleem dat de haalbaarheid omgekeerd evenredig is met de schaalgrootte.

## **Managementtaal(2)**

Het is opvallend om te zien hoe een betrekkelijk klein stuk tekst vol staat van managementtaal en Angelsaksische termen. Boost, implementatie, opschaling, verbreding, brainstormsessie, Triple Aim Principe, stakeholders. Het kan niet op. Taal die iets stuwends suggereert maar eigenlijk een mond vol niets is.

## **Geld**

Bij goede lezing van het verhaal van de vliegwiel-coalitie op [www.smarthealth.nl](http://www.smarthealth.nl) kan eigenlijk geconcludeerd worden dat het voornamelijk draait om geld. Geld om zaken te ontwikkelen en uit te voeren. Het moeilijke is dat met eHealth eigenlijk al min of meer besparingen zijn ingeboekt door het ministerie van VWS en nu alle partijen opeens roepen dat ze geld nodig hebben om het van de grond te tillen of beter gezegd in dit kader, het vliegwiel aan het draaien te krijgen. Gesproken wordt over het missen van een betaaltitel, wat een andere uitdrukking is voor het declarabel zijn binnen het huidige zorgstelsel.

Behalve geld speelt er iets anders met eHealth. Het moet "landen" bij de patiënten en de zorgaanbieders. Daar zit de crux bij eHealth en niet bij sleuren eraan met mooie woorden en geld.

W.J. Jongejan

---

# Minister Schippers: patiënt heeft recht doorlevering ROM-data aan SBG te weigeren



Op 4 september 2017 beantwoordde minister Schippers van VWS [Kamervragen](#) die gesteld waren door de D66-Kamerleden Diertens en Verhoeven. De vragen gingen over patiënten die onder druk gezet worden om bijzondere persoonsgegevens in de vorm van ROM-data af te staan in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Aanleiding was [het aanzeggen van een boete](#) van 45 euro aan een client van de GGZ-instelling Centiv, die geen [ROM-lijsten](#) wilde invullen als die vervolgens doorgestuurd werden naar de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Bij de beantwoording van de vragen blijkt de minister toch opeens begrip te hebben voor het standpunt van hen die doorsturing van ROM-data weigeren. Ze zegt het dreigen met een boete door de GGZ-zorginstelling Centiv als onacceptabel te beschouwen. Daarbij zegt ze wel direct dat Centiv nooit daadwerkelijk is overgegaan tot het innen van de boete. Dat doet niets af aan het onder druk zetten van de patiënt door het aanzeggen van die boete. Graag zou ik in de volgende alinea's verder ingaan op de beantwoording van de Kamervragen.

**Weigeren**

Naast de “afspraken” tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat van vijftig procent van de behandelde patiënten ROM-data aangeleverd moeten worden aan SBG, geeft de minister in het antwoord op vraag drie nu aan dat de patiënt wel altijd de mogelijkheid moet hebben te weigeren om mee te werken aan ROM of geen toestemming te geven voor doorlevering van persoonsgegevens aan SBG. ROM-data zijn namelijk bijzondere persoonsgegevens, omdat ondanks dubbele pseudonimisering ze in theorie door intelligente koppeling aan andere databases tot individuen herleidbaar zijn. Bij dit alles moet men wel bedenken dat het gebruik van ROM-data in de individuele relatie tussen patiënt en therapeut wel van belang kan zijn om het therapieresultaat te evalueren. Dat beaamt de minister in het antwoord op vraag vier en vijf. Ze zegt daar opnieuw dat de patiënt de keuze moet hebben om niet mee te werken. Het financieel onder druk zetten voor het invullen van de ROM-vragenlijsten acht zij niet acceptabel.

### **Haarkloverij**

In vraag zeven wordt haar gevraagd of de zorginstelling per patiënt gekort wordt indien de zorginstelling onvoldoende ROM-data aanlevert. De minister geeft als antwoord dat de zorginstelling niet per patiënt gekort wordt. Dit antwoord getuigt van een irritante haarkloverij. Er vindt namelijk wel een generieke korting plaats op het zorgbudget van een instelling als er minder dan 50% ROM-data aan SBG aangeleverd wordt, dus wel een korting maar niet per patiënt. Dat was nu net de reden dat de GGZ-instelling Centiv met een boete dreigde. Dat de zorgverzekeraars op dit moment coulant omgaan met het percentage aangeleverde ROM-data zegt niets over de administratieve regeling om te korten. Coullance is een gunst, geen recht en vaak van incidentele of tijdelijke aard. Zodra de aandacht in de media over het opsturen van ROM-data etc geluwd is kunnen de zorgverzekeraars die coullance laten varen.

### **Andere wijzen van druk**

De minister ontkent elke andere vorm van druk op patiënten om mee te werken om ROM-lijsten in te vullen. Die is er wel degelijk. Op LinkedIn gaf Paul Pieters, principal business consultant bij CGI aan dat hem bekend is dat enkele zorginstellingen in de GGZ [geen intake doen](#) voor behandeling als er geen ingevulde ROM-lijst is. CGI is een bedrijf dat zich bezig houdt met informatietechnologie en zakelijke dienstverlening, ook in de zorg.

## **Nuancering**

In het antwoord op vraag twee staat een uitspraak van de minister die in principe voor haar een exit-strategie vormt als de dit jaar ontketende discussie over de verplichte ROM-levering aan SBG een nog groter momentum krijgt. Ze zegt daar op de vraag of de ROM-data wel gebruikt mogen worden voor benchmarkonderzoek het volgende:

**“Partijen zullen steeds moeten (blijven)nagaan en benoemen waar de grenzen voor het zinvolle gebruik van ROM-gegevens liggen, wat de zeggingskracht is en wat de tekortkomingen zijn van de ROM-data”**

## **Weeffout**

Het probleem waar de minister mee zit is dat er een ernstige weeffout zit in het systeem dat bedacht is voor het doorleveren van ROM-data aan SBG. In de eerste plaats heeft men zich nooit gerealiseerd dat er sprake zou kunnen zijn van herleidbaarheid tot individuen, waardoor de data als bijzondere persoonsgegevens beschouwd moeten worden en ze onder zeer strikte regelgeving vallen. In de tweede plaats heeft men een verplichting tot aanlevering door zorgaanbieders bedacht met financiële sancties door zorgverzekeraars bij het niet halen van een afgesproken percentage, terwijl de patiënt om wiens data het gaat daar geen contractpartij in is. Dat is vragen om problemen.

In ieder geval lijkt het er nu op dat de minister een heel

voorzichtige beweging aan het maken is om zonder gezichtsverlies dit dossier achter zich te laten. In ieder geval getuigt het van enig realisme.

W.J. Jongejan

---

## **Regio-indeling LSP wordt stilletjes met medeweten VZVZ ondergraven**



Na het afwijzen door de Eerste Kamer van de publieke vorm van het LSP-gebruik onder leiding van het ministerie van VWS werd een doorstart geforceerd met het Landelijk SchakelPunt (LSP) in private handen. Na die doorstart werd de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ) de verantwoordelijke voor het LSP. Bij het afwijzen door de Eerste Kamer werd in [de motie Tan](#) opgeroepen tot regionale communicatie van medische data. Bij de private doorstart werd contrecoeur door VZVZ een softwarematige regio-indeling aangebracht binnen het centrale systeem van het LSP. [44 regio's zijn toen gevormd](#). Die regio-indeling wordt langzaam ondergraven. Communicatie zou binnen de regio's plaatsvinden waarbij ziekenhuizen en landelijk werkende apotheken, toeleveranciers aan de reguliere apotheken, de uitzonderingen

waren. Bij het bekijken van de lijsten met in een bepaalde regio aangemelde zorgaanbieders valt op dat stilaan in de regio's zorgaanbieders van ver buiten de regio enorm in aantal zijn toegenomen. Dat geldt met name voor de apothekers en in mindere mate voor de huisartsen.

## **Regio-deelnemers**

Op de website van VZVZ is [de regio-indeling](#) te zien. Bij aanklikken van één van de 44 regio's is in een pdf-bestand te zien welke zorgaanbieders binnen die regio actief zijn. Aanvankelijk was het nog zo dat naast supra-regionaal werkende ziekenhuizen en apothekers de regio voornamelijk gevuld waren met in die regio werkende apotheken en huisartsen . Op dit moment zijn grote aantallen zorgaanbieders van ver buiten de regio te vinden. Zorgverleners in één regio kunnen gegevens met elkaar uitwisselen. Een zorgverlener kan ook aangesloten zijn bij meerdere regio's en op die manier data tussen meerdere regio's uitwisselen, bijv. als hij in het grensgebied van twee regio's werkt. Wat je nu ziet is dat er veel zorgaanbieders uit ver van de regio gelegen plaatsen in die regio ingeschreven staan. Zo kan het voorkomen dat in [de regio Zoetermeer](#) apotheken uit Baarn en Bladel tot die regio behoren, naast huisartsen uit Havelte en Blesdijke. Dat zijn beslist geen regio-overstijgende apothekers en dito huisartspraktijken. Kijk voor de aardigheid ook eens naar [de regio Tiel](#). Dan ziet u exact hetzelfde beeld. Wat er heel langzaam onder de oppervlakte gebeurt is dat met medeweten en medewerking van VZVZ de regio-indeling stilletjes van binnen uit wordt ondergraven.

## **Facilitering**

Op de website van VZVZ is een [online-formulier](#) te vinden dat het [aanklikken van een praktijk](#) voor één of meerdere andere regio's wel heel erg makkelijk maakt. Je hoeft maar te stellen dat je patiënten hebt uit meerdere regio's hebt, je



praktijkcode op tegen en de praktijk wordt bij die andere regio's ingedeeld. Met de keuzemogelijkheid "landelijk" kan de zorgaanbieder meteen doorgeven geen boodschap te hebben aan de regio-indeling. Met de keuze "niet landelijk" komt men op een webpagina waar de gewenste regio's aan te vinken zijn. Er staat op die website dat je moet kunnen aantonen dat je patiënten uit het hele land, dan wel in meerdere regio's behandelt, maar nergens staat vermeld hoe dat geschiedt. Gezien de grote aantallen apothekers en huisartsen die in zelf in een totaal andere regio werken dan waarvoor ze zich aangemeld hebben zal die controle zeer waarschijnlijk non-existent zijn.

### **Regio's samenvoegen**

VZVZ heeft in de regio-opzet vanaf het begin de mogelijkheid opengehouden om regio's samen te voegen. Regio-beheerders zouden dan zelf kunnen besluiten om regio's te laten fuseren. Dat is er eigenlijk nooit van gekomen omdat nu nog steeds 44 regio's bestaan. Regio's samenvoegen zou ook tamelijk opvallend zijn.

### **Farce**

Het behoeft geen betoog dat deze manier van het hanteren van regio's als een farce beschouwd kan worden. Door het van binnen uit ondergraven is het slechts een kleine stap om over enige tijd de regio-indeling op te heffen, omdat vrijwel elke zorgaanbieder in alle regio's ingeschreven staat.

Sluipend is dan bereikt wat de Eerste Kamer destijds niet wilde.

W.J. Jongejan